

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES SOBRE  
O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS NO  
ENSINO CLÍNICO**

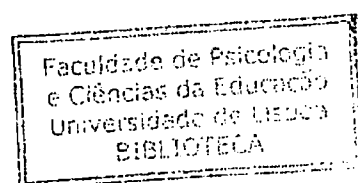
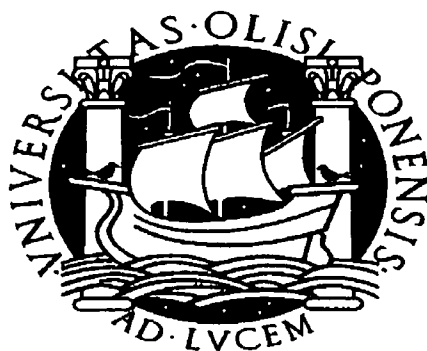
**Benvinda Figueira Martins Lopes**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior**

**2006**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES SOBRE  
O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ALUNOS NO  
ENSINO CLÍNICO**

**Benvinda Figueira Martins Lopes**

**Orientadora: Professora Doutora M<sup>a</sup> Ângela Rodrigues**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Área de especialização em Pedagogia do Ensino Superior**

**2006**

**Muito obrigado!**

- À minha orientadora Professora Doutora  
Maria Ângela Rodrigues
- À minha colega e amiga Vera Ilunga
- Aos meus filhos pela sua compreensão

## RESUMO

Este trabalho de investigação estuda as representações dos enfermeiros orientadores sobre o desenvolvimento de competências dos alunos no ensino clínico. Entendemos ser relevante as suas representações, porque as suas concepções se traduzem na forma como concebem o ensino clínico e a sua função como orientador.

A pesquisa foi efectuada abrangendo três extensões de saúde (Centros de Saúde) na área da grande Lisboa.

Os sujeitos do estudo são os enfermeiros orientadores da prática que exercem as suas funções nos Centros de Saúde. A amostra foi de conveniência e inclui dez sujeitos.

Foi utilizada a técnica da entrevista na colheita de dados. Os dados obtidos foram sujeitos a análise qualitativa.

Da análise efectuada obtivemos dados que por permitiram a sua organização nas seguintes áreas:

- Representação dos enfermeiros orientadores sobre a sua função no ensino clínico
- Desenvolvimento de competências do aluno no ensino clínico
- Desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador no ensino clínico

Após a análise e interpretação dos dados concluímos haver evidência de desenvolvimento de competências no aluno e orientador. Os resultados obtidos sugerem que na opinião dos orientadores existem problemas que necessitam ser equacionados no sentido de melhorar a orientação dos alunos, indo também ao encontro das expectativas do orientador.

As palavras chave do estudo são:

- competências
- Saberes académicos e profissionais
- Supervisão
- Formação profissional
- Ensino clínico

## **ABSTRACT**

The present work concerns the study of competency acquired by nursing students during clinical teaching. We focus the perspective of professional nurses who accompany students on the field, in order to analyse their own particular views on the subject.

The research takes place in the context of three Community Health Care Centres and includes ten subjects who practice nursing, and supervise students in clinical teaching activities. Those subjects are registered nurses.

Data was collected using qualitative methodology of indirect observation namely interviewing.

The content analysis done allowed us to identify three main dimensions:

- Representations concerning tasks performed related to supervision of students
- Types of competence acquired by student's
- Nurse's competence and gains related to supervision

The work concludes there are reasons to consider an adjustment to supervisor's tasks in order to address some problematic issues, to improve on one hand student's development and learning and on the other hand the desired supervisor's skills and competence.

Key words associated to the study:

- Supervision
- Competency
- Academic and professional knowledge
- Nursing teaching education

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
------------------	----

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO ESTUDO

CAPÍTULO I – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	14
1 – FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM .....	14
1.1 – Breve historial da formação inicial .....	15
1.2 – Ensino clínico na formação inicial .....	17
2 – PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA FORMAÇÃO .....	18
2.1 – Conceitos teóricos da formação .....	18
2.2 – Orientações conceptuais da formação .....	19
3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DOS SABERES EM ENFERMAGEM: INTERSEC- ÇÃO DE CAMPOS FORMATIVOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	25
3.1 – A natureza dos saberes profissionais; relação com os saberes em enfermagem .....	26
4 – NOÇÃO DE COMPETÊNCIA E A SUA RELAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	37
4.1 – A alternância como modalidade formativa centrada na apropriação de saberes .....	42

CAPÍTULO II – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO .....	46
1 – SUPERVISÃO: DA NOÇÃO AOS DESAFIOS .....	46
1.1 – Cenários de supervisão .....	50
1.2 – Papel do enfermeiro orientador no processo de supervisão .....	56
1.3 – Papel das parcerias no ensino clínico .....	64

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	69
1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	69
2 – METODOLOGIA .....	73
2.1 – População e amostra .....	74

2.1.1 – Caracterização da amostra .....	74
2.1.2 – O processo de colheita de dados .....	78
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	82
1 – TRATAMENTO DOS DADOS .....	82
2 – REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES SOBRE A SUA FUNÇÃO NO ENSINO CLÍNICO .....	84
2.1 – Generalidades da função .....	84
2.2 – Acompanhamento do processo formativo .....	89
2.3 – Relevância de requisitos para a função .....	100
3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ALUNO NO ENSINO CLÍNICO .....	106
4 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ORIENTADOR ENFERMEIRO .....	111
5 – SÍNTESE E DISCUSSÃO .....	116
CONCLUSÕES .....	124
BIBLIOGRAFIA .....	127
ANEXOS .....	135
Anexo I – Ficha de identificação do participante .....	136
Anexo II – Guião de entrevista .....	138
Anexo III – Protocolo de entrevista .....	141
Anexo IV – Grelhas de categorização .....	153

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Funções do docente e tutor .....	66
Quadro nº2 – Generalidades da função .....	87
Quadro nº3 – Orientação dos alunos .....	92
Quadro nº4 – Estratégias de supervisão utilizadas .....	96
Quadro nº5 – Avaliação do aluno .....	98
Quadro nº6 – Relevância de requisitos para a função .....	103
Quadro nº7 – Desenvolvimento de competências do aluno .....	109
Quadro nº8 – Desenvolvimento de competências do orientador.....	113



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Distribuição dos orientadores segundo idades .....	75
Gráfico nº2 - Distribuição dos orientadores segundo habilitações académicas .....	76
Gráfico nº3 - Distribuição dos orientadores quanto à formação específica .....	76
Gráfico nº4 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na profissão.....	77
Gráfico nº5 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na Instituição .....	77
Gráfico nº6 - Distribuição dos enfermeiros segundo anos de experiência como orientador .....	78

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a formação em enfermagem e por conseguinte a formação inicial tem sido alvo de mudanças significativas. Em semelhança a outros contextos educativos têm surgido interrogações e problematização no sentido de encontrar caminhos conducentes à formação do enfermeiro como pessoa e profissional competente dentro da sua área de exercício.

A investigação em enfermagem tanto ao nível da formação como do exercício da prática profissional, tem contribuído para dar maior visibilidade e credibilidade à profissão. Na procura de um corpo de conhecimento próprio e reconhecido, a enfermagem tem-se apoiado em áreas de conhecimento e saberes multidisciplinares. Essa aproximação tem fornecido contributos importantes que também se têm concretizado na melhoria das práticas de trabalho nomeadamente nos domínios da prestação de cuidados de enfermagem, formação e gestão e na consciencialização em ser necessário avançar à medida das alterações e transformações sociais, da tecnologia e da ciência.

E como os processos evolutivos não são estanques mas encontram-se em constante movimentação, a problematização e questionamento mantém-se uma constante, dirigida aos novos estados atingidos na procura da melhoria contínua.

Assim é o nosso entendimento da evolução profissional. Esta não passa ao lado da formação do profissional alicerçada na formação inicial através da aquisição de conhecimentos científicos, técnicos e humanos que irão posteriormente permitir ao enfermeiro um desempenho eficaz e competente no exercício profissional ao mesmo tempo fornecendo pistas para aperfeiçoar e construir novo conhecimento.

No que diz respeito ao nosso interesse particular na investigação situamo-lo a dois níveis que coexistem em simultâneo e se influenciam mutuamente: os ensinamentos clínicos na formação inicial e a prática profissional.

Os ensinamentos clínicos ocupam lugar de destaque na formação inicial por constituírem oportunidades únicas de aproximação entre o aluno e o enfermeiro, entre a escola e a instituição de saúde, entre o ensino e o trabalho. Neste sentido o ensino clínico deverá constituir-se como potenciador da

aprendizagem e desenvolvimento do aluno por se pretenderem aprendizagens intencionais. É necessário que o mesmo decorra num contexto onde seja possível atender aos múltiplos aspectos do ensino/aprendizagem.

As aprendizagens nos ensinos clínicos decorrem também da vivência que a prática proporciona, ocorrendo o desenvolvimento pessoal e social do aluno, quando essas vivências são acompanhadas de reflexão sobre e na prática, tornando-se a prática em contexto de trabalho objecto de estudo, reflexão e crítica ao nível da escola.

Num certo sentido o ensino clínico utiliza a experiência profissional do enfermeiro ao modificar a relação tradicional entre ensinante e aprendente, numa relação de acompanhamento. Contudo as estratégias a utilizar devem ser pensadas em função do aluno e da sua formação. Esta implica actualmente e de acordo com vários autores consultados, uma lógica de mudança nos planos afectivo, cognitivo e social do indivíduo em interacção com o meio envolvente, o que corresponde a uma formação alicerçada em princípios construtivistas.

Entendida também num *continuum*, em que formação inicial e formação contínua são etapas do desenvolvimento pessoal e profissional da pessoa, iniciando-se esse percurso na formação inicial. Mas como diz Malglaive (1995, p.20) *"... não há formação contínua sem formação inicial. É porque esta existe que aquela pode de algum modo, prosseguir a obra original ajustando-a às novas circunstâncias que ao longo de uma vida humana não deixam de aparecer, e hoje aparecem a uma cadência acelerada"*.

Importa conhecer as representações dos enfermeiros orientadores sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico, pois através delas fica-se a conhecer melhor as concepções que têm. Como dizem Simões e Simões:

*"torna-se importante clarificar as origens e implicações da óptica sob a qual se colocam os formadores, uma vez que esta se traduz, mais ou menos explicitamente, nas suas atitudes e concepções sobre o papel que a formação deve desempenhar, o que influencia de modo notório a sua acção e determina significativamente os próprios critérios do sucesso relativo ao ensino-aprendizagem" (p. 48).*

Tal como Tardif (2006), acreditamos que as convicções e práticas dos orientadores influenciam os candidatos a enfermeiros neste caso particular, e que foi feita pouca investigação para compreender as convicções e práticas desses enfermeiros orientadores que “criam” as experiências formativas dos alunos de enfermagem no local onde decorre o ensino clínico.

Para enquadrarmos teoricamente o nosso estudo pareceu-nos pertinente numa primeira parte do trabalho, situar a formação inicial do enfermeiro relativamente a alguns aspectos da sua evolução e sedimentação enquanto formação profissional. Procurámos contributos em áreas do conhecimento e saberes científicos para assim chegarmos aos saberes e competências próprias dos enfermeiros. O ensino clínico que é realizado utilizando a modalidade formativa de alternância, decorre nos locais onde os enfermeiros exercem a sua profissão, portanto no contexto profissional. O processo de orientação dos alunos é levado a cabo com o apoio de orientação dos enfermeiros da prática que estão em permanência com o aluno no local. Os enfermeiros encontram-se eles próprios no seu processo de formação contínua. Daí que as lógicas formativas da formação inicial e da formação contínua se liguem nalguns pontos e se influenciem.

Neste sentido abordámos concepções e orientações teóricas da formação profissional, e da prática pedagógica na área da supervisão.

Na segunda parte do nosso trabalho, apresentamos o estudo empírico onde pretendemos analisar as representações dos enfermeiros orientadores da prática sobre as competências adquiridas pelos alunos no decorrer do ensino clínico. Enquadramos metodologicamente o estudo e descrevemos a investigação efectuada. Apresentaremos os resultados e a sua análise bem como a síntese, discussão suscitada e conclusões do estudo.

Com este trabalho pretendemos reflectir sobre as questões suscitadas, partilhá-las e contribuir em última instância fornecendo subsídios e incentivos a outras investigações nesta área.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL DO  
ESTUDO

## **CAPÍTULO I – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Os enfermeiros possuíam até algumas décadas atrás um baixo nível de escolaridade, a escola de enfermagem situava-se no recinto do hospital e procurava apenas formar enfermeiros capazes de executarem determinados procedimentos técnicos essenciais ao médico (papel prescritivo da enfermagem).

Com a evolução da ciência, da saúde e da tecnologia, tornou-se necessária uma escolarização maior na enfermagem de modo a fazer face aos novos desafios. Como refere D'Espiney (2003) a cumplicidade da ciência ditou a diferenciação na enfermagem, ora através da aproximação, ora através da demarcação. A enfermagem tem evoluído de um saber somente dependente da prescrição médica, no sentido da autonomia procurando encontrar uma nova identidade. Dissociou-se da prescrição, vocação, religião, para um nível de conhecimento técnico e científico.

### **1 – FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM**

A nível da formação inicial em enfermagem importa salientar que a visão tradicional incutia à escola a responsabilidade total pela formação, funcionando como um “templo” onde a formação académica (teórica e prática), era feita de forma quase que “asséptica” e desligada da realidade da prática profissional.

A dicotomia que se fazia sentir nas duas vertentes onde à escola correspondia a formação académica situada num patamar mais elevado que a prática profissional, esta priorizando apenas as tarefas realizadas, de influências derivadas no modelo taylorista, com alguma visibilidade, mas gozando de fraca credibilidade, foram responsáveis por algumas mudanças que se fizeram sentir a nível da formação inicial.

A formação inicial em enfermagem tem ainda seguido a par e passo as alterações decorrentes das mudanças educativas que têm atravessado o panorama educativo no geral, tomando o seu lugar na sociedade como profissão reconhecida como útil, estando regulamentado os modos como esse

exercício se processa<sup>1</sup>. O reconhecimento está associado a um conjunto de saberes teóricos, práticos, científicos e técnicos, capacidades e competências provenientes da sua evolução.

### 1.1 – BREVE HISTORIAL DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM

Em meados do século passado começaram então a surgir diversas “correntes” teóricas de enfermagem, precisamente com a finalidade de desenvolverem modelos teóricos de enfermagem apoiados na investigação, que fossem passíveis de se aplicar na prestação de cuidados de enfermagem. O intuito era o de sedimentar essa nova identidade procurada; a da autonomia da enfermagem enquanto disciplina com os seus saberes próprios e específicos.

Essa evolução prosseguiu em paralelo com as alterações que se foram registando a nível da formação inicial nas escolas de enfermagem, o que influenciou a adopção de novas formas curriculares e novos papéis para os professores, enfermeiros orientadores e alunos.

A adesão de Portugal à União Europeia (à data Comunidade Económica Europeia), foi percursora de transformações que se vieram a formalizar na formação inicial em enfermagem. A partir de Directivas Europeias é publicado o Dec. Lei nº 320/87 de 27 de Agosto que enuncia princípios de orientação geral, passando o curso de enfermagem a um curso de três anos a tempo inteiro. São ainda enunciados os conteúdos teóricos e práticos que incluem os domínios dos Cuidados de Enfermagem, Ciências Sociais, Ciências Fundamentais bem como as valências do Ensino Prático, de carácter obrigatório.

Em 1990 o curso de enfermagem é regulamentado passando a bacharelato em enfermagem pela portaria nº 195/90<sup>2</sup>. As duas grandes vertentes da estrutura curricular: o ensino teórico e o ensino clínico são referidos na mesma portaria. Assim a componente do ensino teórico visa a

---

<sup>1</sup> REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

<sup>2</sup> - Diário da Republica – I Série, nº 64 de 17/03/1990

*“aquisição, pelo estudante de enfermagem, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planejar, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem”, sendo que a carga horária deverá corresponder a pelo menos um terço da carga horária total do curso.*

Lê-se ainda que o ensino clínico é a componente de formação em enfermagem que visa *“assegurar ao estudante de enfermagem, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto directo com o indivíduo são ou doente e ou com uma comunidade, a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais de enfermagem”*. A componente do ensino clínico deverá realizar-se sob a forma de estágios em contextos de trabalho (hospitais, centros de saúde, comunidade).

As Escolas Superiores de Enfermagem passaram a ser tuteladas pelo Ministério da Educação, o que influenciou toda esta nova filosofia bem como a passagem do curso de Bacharelato a Licenciatura com a duração de quatro anos (Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro)<sup>1</sup>.

No decurso desta evolução aos enfermeiros bacharéis foi-lhes possibilitada a obtenção do grau de licenciatura através da frequência do curso de complemento de formação com a duração de um ano<sup>2</sup>. O complemento de formação foi criado para *“assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em enfermagem”,* para que fossem cumpridos os requisitos científicos e profissionais justificativos do grau de licenciatura tendo esta como objectivo *“assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”*<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> DR-1 Série – B, nº 219 de 18/09/1999

<sup>2</sup> DR- I Série – A, nº 206 pelo Dec. Lei nº 353/99 de 03/09

<sup>3</sup> Art. 5º - Dec. Lei nº 353/99 de 3 de Setembro DR – I Série – A, nº 206



## 1.2 - ENSINO CLÍNICO NA FORMAÇÃO INICIAL

Em Portugal o Regulamento do Curso de Licenciatura em Enfermagem (Portaria nº 799 de 1999 de 18 de Setembro) refere no artigo 3º que *“o ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em Unidades de Saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado”*.

O ensino clínico é dirigido à integração de ensino teórico e prática, funcionando ao mesmo tempo, como referência na aquisição de competências iniciais, onde deverá coexistir acompanhamento, orientação visando a formação integral do aluno.

Também à medida que os enfermeiros passaram a investigar as suas práticas e campos de acção, surge mais claramente a convicção de ser necessário redireccionar a formação inicial, nomeadamente ao nível do ensino clínico, por forma a reestruturá-lo englobando metodologias didacto-pedagógicas propícias à aprendizagem do aluno e em função deste.

O ensino clínico utiliza a modalidade de formação em alternância como forma de melhor enquadrar as aprendizagens e favorecer o desenvolvimento de competências profissionais.

As aprendizagens nos ensinos clínicos decorrem também da vivência que a prática proporciona, ocorrendo o desenvolvimento pessoal e social do aluno, quando essas vivências são acompanhadas de reflexão sobre e na prática.

## 2 – PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA FORMAÇÃO

Entendemos que as questões e discussão em torno da formação de professores, têm servido de base à construção, planeamento e organização da formação a outros níveis nomeadamente ao nível da formação inicial do enfermeiro porque como salienta (Coutinho) baseando-se em Rodrigues e Esteves, 1993, p.39), *“nenhum outro corpo profissional produzirá, a longo prazo, efeitos tão importantes no futuro da sociedade”*. Salientamos portanto a importância global da formação de professores transportada para diversos níveis de ensino e formação e é nesta óptica que iremos abordar uma perspectiva de orientação da formação dos professores, que a nosso ver faz sentido para o nosso trabalho.

### 2.1 - CONCEITOS TEÓRICOS DA FORMAÇÃO

Não existe uma forma única e universalmente válida que possa definir o conceito de formação. Instrução, educação, ensino e aprendizagem encontram-se associados consoante as lógicas que lhe estão subjacentes.

A formação pode ser ainda entendida como salienta Coutinho (2004), uma **função social** pela perpetuação da cultura dominante e pela transmissão de saberes que favorecem a integração do formando ao próprio sistema, tratando-se de um **processo de estruturação e desenvolvimento da pessoa** a ênfase é colocada no sujeito em formação e preconiza um investimento na auto-formação, e a formação como **instituição** ligada a dispositivos organizacionais e aos diversos aspectos que comporta incluindo cursos, programas etc. concebidos em parte com o propósito de mercado.

Diversos modelos de formação existem, coexistem e são agrupados consoante as perspectivas e o intuito da formação. No entanto não fornecem por si só, todos os elementos necessários à construção do bom profissional. Vários autores que se têm debruçado sobre esse assunto, equacionam como indispensável a integração de diversos modelos de formação (ou elementos desses modelos) para operacionalizar a formação do profissional, servindo esta

para alcançar os objectivos e a finalidade da formação (Roldão, 1999; Estrela, 2002;) e ainda Rodrigues (exposição em sala de aula), para nomear apenas alguns no contexto particular português.

Todos no entanto, são unânimes em estabelecer os modelos de formação como referências teóricas indispensáveis na formação profissional, sabendo que a formação integral acontece criadas as condições favoráveis. Como refere Roldão:

*“os modelos - dos integrados aos sequenciais, dos transmissivos aos reflexivos – constituem referenciais teóricos importantes enquanto instrumentos de análise e/ou reconstrução de práticas de formação que se desejam promotoras das competências profissionais visadas”(1999, p.99).*

Os autores referidos (entre outros), alertam para a importância em se encontrarem estruturas adaptáveis e dinâmicas ao serviço do processo educativo em detrimento de pressupostos teoricamente conceptuais rígidos e fixos.

## 2.2 – ORIENTAÇÕES CONCEPTUAIS DA FORMAÇÃO

As tipologias que de formação profissional que encontramos na literatura, referem-se basicamente a paradigmas, tradições de práticas, modelos ou orientações conceptuais. Baseámo-nos em Feiman-Nemser (1990) e tentámos enquadrar outros autores nomeadamente Ferry (1987) por os modelos de formação fornecerem *quadros de referência teórica de orientação para a prática* salientando a dinâmica formativa em que as interacções com o meio, vivências e experiências do indivíduo, e relações que se estabelecem se conjugam dando um sentido real aos modelos de formação. Também salientamos Zeichner, Estrela, Alarcão e Tavares.

## Orientação académica

A formação é concebida em função da aprendizagem de saberes formais. Baseia-se em práticas de formação mais tradicional em que o saber é transmitindo pelo formador. Muito próxima do modelo centrado nas aquisições de Ferry (1987) em que o formador concebe e estrutura a formação para objectivos previamente definidos em função da actividade profissional a ser exercida pelo formando.

Os objectivos da formação são direccionados às competências profissionais. A ênfase é colocada no desenvolvimento de técnicas específicas pedagógicas e didácticas, em que os adquiridos teóricos precedem e são aplicados na prática. Visa a acumulação de um corpo de conhecimentos previamente testados e explicados.

Inscreve-se numa linha de cariz comportamentalista descrevendo-o Zeichner (1983) como um conceito de paradigma de formação de professores associado a uma matriz de crenças e princípios, acerca da natureza dos objectivos da escola, do ensino, dos professores e da sua formação, originando formas específicas de práticas na sua formação.

A formação neste sentido refere-se a adquirir ou aperfeiçoar um saber, uma técnica, uma capacidade ou atitude previamente tidas como essências.

Uma das críticas a este modelo dirige-se ao facto de não bastar ter conhecimento para ensinar, sendo necessário saber como transmiti-lo de modo a ser compreensível e a fazer sentido para alunos de variados estratos sociais. Ainda assim este modelo perdura na formação inicial a vários níveis nomeadamente na formação inicial em enfermagem, parte-se do princípio de que é necessário adquirir um corpo de conhecimentos e saberes específicos.

## Orientação prática

O ensino como arte e o professor como artífice do ensino. A abordagem é a partir dos pressupostos enunciados, em que a esse estado de conhecimento, conduz a aprendizagem pela experiência e pela observação do ensino. O domínio de um reportório de competências que o professor deve

possuir é baseado nessa mesma experiência de ensinar. A sabedoria do professor experiente, do mestre, é imitada e reproduzida.

A aceitação da orientação prática é considerada num patamar mais elevado, pelo trabalho desenvolvido por Schön (1983) nessa área. Os bons profissionais práticos, fazendo referência ao mesmo autor, desenvolvem a capacidade que denomina de “artistry” em função das competências que desenvolvem perante situações únicas e problemáticas em que o factor incerteza é uma constante. A actividade profissional é concebida segundo o autor, como produto de uma mistura de ciência, técnica e arte.

Existem no entanto duas aproximações relativas a esta orientação uma que faz referência ao conhecimento construído nestes moldes, como derivado essencialmente por tentativa e erro e outra direccionada a uma abordagem reflexiva sobre a prática. Esta distinguida por Pérez Gómez (1992). Vários autores partilham como elementar para o desenvolvimento pessoal e profissional a reflexão em torno das práticas como uma estratégia (Zeichner, Schön, Alarcão, Sá-Chaves).

Aqui vemos alguma analogia com o cenário reflexivo de Alarcão e Tavares (2003) de que falaremos mais adiante. Fazendo alusão à emergência de um novo modelo de formação do prático reflexivo, Estrela (2002), apresenta-o como pouco consistente pela inexistência de estudos a relacionar entre outros aspectos aquilo que o professor diz que faz e as observações directas do que ele na realidade faz. Alerta ainda para a possibilidade do mesmo não passar de retórica e acrescenta neste ponto convergência com vários autores (Valli, 1992; Zeichner, 1992, 1993; Schön, 1983, 1987), que reforçam o sentido da formação reflexiva de professores constituindo uma “*disposição geral da formação de professores*” (p.25) comum a vários modelos de formação de professores que não exclui elementos característicos de outras orientações por exemplo a académica.

O próprio papel do orientador/formador é o de conseguir desenvolver nos formandos capacidades reflexivas visando atitudes e práticas, passando então de meros executores a agentes activos a nível profissional.

Críticas relacionadas à orientação prática tradicional, prendem-se com as competências já referidas que embora sendo necessárias não representam condição suficiente para o ensino. A consciência do que é a boa prática é outro dos problemas levantados em relação a esta orientação (Zeichner, 1983).

### Orientação tecnológica

Esta orientação deriva da formação do engenheiro e do técnico em que a formação é centrada na construção de competências específicas a partir das ciências aplicadas. Existem duas abordagens consideradas; a comportamentalista (Pérez Gómez, 1992) e a cognitivista.

Na primeira a formação é considerada a partir de objectivos previamente definidos (pedagogia por objectivos), com vista à formação de profissionais competentes cujos comportamentos são facilmente observáveis. O formando é no entanto incentivado a intervir activamente na sua formação procurando pressupostos teóricos e investigações realizadas na área. O cenário behaviorista de supervisão (Alarcão e Tavares, 2003), enquadra-se nalguns aspectos a esta orientação tecnológica de cariz behaviorista.

Considerando a segunda vertente baseada na perspectiva cognitivista, o formando assume-se com capacidades para tomar decisões e aperfeiçoar a sua prática analisando-a. O cenário de supervisão pela descoberta guiada de Alarcão e Tavares (2003), parece-nos poder ser encaixado dentro desta orientação.

### Orientação personalista

O ponto fulcral desta orientação é o desenvolvimento da pessoa em todo o seu potencial. Apoia-se portanto na apropriação individual que permite a criatividade e o desenvolvimento de uma forma única e pessoal de agir. O formando é levado a criar um projecto pessoal de desenvolvimento, ao longo da vida. Neste sentido Zeichner (1983) relaciona a formação de professores a um processo de desenvolvimento de adultos, em "se tornar" em contraste com a formação tradicional que se refere a um processo de formar para ensinar. "Se tornar" significa ser capaz de fazer uma imersão na formação e na sua pessoa,

aceitando-se e tendo uma imagem positivista de si. A modificação que acontece é a partir do seu auto-conhecimento.

O percurso do formando é essencial tendo em vista o desenvolvimento pessoal e a personalidade, o que neste ponto coincide com o modelo de percurso de Ferry, em que o formando coloca-se no centro de um processo conducente a acções de tomada de consciência, por conseguinte o desenvolvimento de maturidade psicológica é considerado essencial na formação de professores, para se ser competente a ensinar, ainda que esta relação não possa ser estabelecida linearmente (Simões, 1996). Na orientação personalista o estudante é sujeito activo (Zeichner, 1983; Estrela, 2002)). As necessidades da formação são grandemente baseadas nas sentidas pelo formando. O sucesso desta orientação é medido basicamente em termos de efeitos sobre os indivíduos e não sobre sistemas sociais.

A orientação personalista apresenta uma grande aproximação (a nosso ver) ao cenário pessoalista de supervisão de Alarcão e Tavares (2003).

### Orientação sócio-reconstrucionista crítica

Parece-nos que esta perspectiva enquadra elementos do modelo centrado na análise de Ferry (1987) em que o formando aprende a aprender descobrindo o que lhe faz falta utilizando a análise e a reflexão, à semelhança do paradigma baseado na pesquisa (Zeichner, 1983). Na revisão de Estrela (2002) associada ao lugar que o formando ocupa na formação, o *futuro professor como sujeito e objecto da formação*.

O percurso do formado é um percurso de desenvolvimento pessoal que utiliza a análise e o questionamento da prática como pilares da formação, estendendo-as à *análise das consequências morais e sociais* (Estrela 2002, p.24). O professor adquire a função de intervir na sociedade visando uma sociedade democrática e justa, alicerçada em pressupostos conducentes à criação de emprego portanto reguladora da economia o que introduz um carácter político e até “activista” a esta orientação. Como diz Zeichner existe:

*“...a common concern to help prospective teachers to see the social and political implications of their actions and the contexts in which they*

*work, to see how their everyday choices as teachers are necessarily joined to issues of social continuity and change” (1993, p.7).*

Neste modelo a teoria e a prática surgem numa relação de vaivém dialéctica: A prática e a teoria por si só não são formativas. Complementam-se investindo a teoria na prática testando-a e analisando a prática baseando-se na teoria. A investigação é essencial e perspectivada ao investimento do novo conhecimento na prática testando-o.

A formação tem ainda de contemplar o desenvolvimento de técnicas de ensino, numa perspectiva de contribuírem para alargar capacidades de análise das práticas.



### 3 – CONCEPTUALIZAÇÃO DOS SABERES EM ENFERMAGEM: INTERSECÇÃO DE CAMPOS FORMATIVOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

A relação entre formação inicial e formação contínua tem suscitado debates na forma como são perspectivadas (Roldão, 1999). No ensino clínico de enfermagem, as relações entre os dois tipos de formação interligam-se e influenciam-se pela sua proximidade.

Um dos eixos de debate, de acordo com a mesma autora, entende a formação inicial alicerçada em conhecimentos adquiridos na escola, complementados ao longo da vida profissional com actualizações também de natureza predominantemente escolar. A **Integração** de uns e de outros constitui assim o processo de formação contínua.

Noutra perspectiva, a formação é um **processo de construção contínua**, iniciado durante a formação inicial constituindo esta apenas uma das etapas sendo **o sujeito a gerir a formação** ao longo do seu percurso profissional e em função do contexto onde se insere e actua como profissional.

Esta segunda perspectiva é apoiada por diversos autores (Nóvoa, 1989; Canário, 1998; Amiguiño, 1992), e requer a incorporação das teorizações sobre prática reflexiva (Schön, 1987,1988), saber profissional contextualizado (Sacristán, 1994; Nóvoa, 1989, 1991) e a teorização relativa à formação de adultos de Malglaive (1995), tal como subscreve Roldão (1999).

Também Berger (1998) está muito próxima quando faz referência à formação inicial como sendo por definição *“... individual e individualizante, ao passo que toda a reflexão sobre o exercício profissional mostra que a acção profissional é colectiva, e que é sobre o colectivo que é preciso agir para modificar as práticas”* (Berger 1998, p.78-79).

O percurso de formação que se inicia durante a formação inicial tende portanto a ser perspectivado na actualidade, no sentido de permitir aos formandos a apropriação de processos formativos que irão servir de base a um percurso de desenvolvimento profissional ao longo da vida. Privilegia-se a

interacção entre acção, conhecimento, experiência, competência e a inserção social (Santiago e outros 1997), em detrimento da acomodação aos conhecimentos e saberes decorrentes da formação inicial.

### 3.1 – A NATUREZA DOS SABERES PROFISSIONAIS: RELAÇÃO COM OS SABERES EM ENFERMAGEM

Baseando-se em Musgrave (1979) e Zeichner (1993), Roldão (1999), refere-se à profissionalidade que distingue determinado profissional do técnico ou funcionário, estruturada em eixos fundamentais “(...) *a natureza específica da actividade exercida; o saber requerido para a exercer; o poder de decisão sobre a acção e ainda o nível de reflexividade sobre a acção que permite modificá-la*” (p.112). A articulação destes eixos processa-se de diferentes formas de acordo com a profissão a exercer, podendo a actividade profissional ser exercida de forma liberal ou inserida em quadros institucionais ou empresariais. De entre os autores que consultámos considerámos os que nos pareceram mais próximos na identificação do profissional de enfermagem e no seguimento deste trabalho.

A óptica de Nóvoa (1997) é a nosso ver muito próxima de Charlot e Baulier (1991), estes últimos citados por Altet (2000), que definem o profissional em função de seis critérios:

- “ – *base de conhecimentos*
- *prática em situação*
- *capacidade para demonstrar os seus saberes, o seu saber-fazer e os seus actos*
- *autonomia e responsabilidade pessoal no exercício das suas competências*
- *adesão às representações e às normas colectivas, constitutivas da “identidade profissional”*
- *pertença a um grupo que desenvolve estratégias de promoção e discursos de valorização e de legitimação*” (p.27).

## A natureza do cuidar

Para compreendermos a actividade do enfermeiro e a sua utilidade social de forma a compreendermos a natureza dos seus saberes profissionais, importa analisarmos mais de perto a natureza dos cuidados de enfermagem, à luz dos critérios referidos, portanto em que se baseia a sua especificidade e ao que se reporta, para que possa ser distinguida de outras profissões congéneres.

Retomamos neste ponto os modelos teóricos de enfermagem como ponto de referência. À semelhança do que perspectivamos para o ensino clínico, a construção dos modelos de enfermagem baseou-se na investigação realizada por enfermeiros neste caso associados ao ensino de enfermagem. Esses modelos constituem-se como forma de organização científica das práticas de enfermagem. Em conjunto com o processo de enfermagem e os domínios de competências definidos pela Ordem dos Enfermeiros, sustentam a base de conhecimentos das práticas dos enfermeiros.

Apesar das divergências que distinguem os modelos (seria demasiado extenso apresentar os modelos), todos conceptualizam a enfermagem em torno dos conceitos; saúde, pessoa, transição, interacção, processo de enfermagem e ambiente. Preconiza-se actualmente que os mesmos sirvam de orientação e não como aplicação rígida e fixa, mas reconhece-se o teor científico dos mesmos.

A **pessoa** ou utente situa-se no centro dos cuidados de enfermagem. É perspectivada numa acepção holística em constante interacção com o meio, necessitando de cuidados de enfermagem sempre que exista ou possa existir um desequilíbrio no *continuum* saúde/doença em que a pessoa não seja capaz de satisfazer as suas necessidades humanas básicas de forma independente.

À mudança ao nível da saúde de um estado para outro, corresponde o conceito de **transição**. Cada pessoa sente essa mudança de estado de forma particular tendo em conta diversos aspectos entre os quais a sua unicidade, e a influência do contexto em que está inserido. É na **interacção** com o utente/família/comunidade que o enfermeiro identifica e compreende esses

mesmos aspectos, com o intuito de poder intervir eficazmente. Neste sentido o **ambiente** (ou meio), pode ser gerador de equilíbrio ou desequilíbrio consoante os estímulos provenientes do mesmo. A pessoa e o meio influenciam-se mutuamente tentando a pessoa desenvolver um equilíbrio dinâmico, ora adaptando-se, ora intervindo a partir da sua liberdade de escolha. O papel do enfermeiro situa-se ao nível de ajuda ao utente para mais facilmente estabelecer esse equilíbrio.

O **processo de enfermagem** refere-se à forma como o enfermeiro utiliza o conhecimento, recolhe a informação, identifica os problemas, planeia acções que vai executar, procedendo à avaliação dos resultados obtidos em função dos esperados, planeando novas acções se necessário. Estes passos são tomados com base nos conhecimentos científicos específicos da sua área de actuação, sendo a assistência dos enfermeiros direccionada a restaurar o auto-cuidado ou quando isso não é possível, prestar assistência e dignidade à passagem para um outro estado de vida: a morte. Assim a proveniência dos cuidados de enfermagem encontra-se estendida a duas vertentes:

- **Os cuidados quotidianos e habituais, ligados às funções de manutenção de vida** – representam os cuidados de natureza alimentar, afectiva e psicosocial, relacionados aos hábitos de vida, costumes, crenças etc., que prestamos a nós próprios à medida que adquirimos autonomia e que outros devem compensar (os enfermeiros), à medida que essa autonomia é limitada, diminuída ou quando a perdemos.

- **Os cuidados de reparação ou tratamento da doença** – quando existem entraves e obstáculos às funções vitais, insuficiências nutricionais, desidratação, doença, acidente, guerra etc. (Collière, 1989).

O profissional de enfermagem é aquele que cuida sendo o cuidar:

*“(...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou*

*definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1989, p.235-236).*

Deste modo a essência do cuidar em enfermagem, diz respeito aos pequenos gestos e às pequenas coisas que o enfermeiro faz no seu quotidiano, com o intuito de ajudar o outro, contribuindo para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Compostos de pequenas e múltiplas acções, os cuidados de enfermagem dão a possibilidade de manifestar uma atenção especial ao beneficiário dos cuidados e seus familiares ou pessoa significativa, durante as 24 horas diárias, não esquecendo que *“(...) o doente não é dissociável da sua doença e, qualquer que seja o nível de especialização dos profissionais, o interesse pela doença não pode suplantat o interesse pelo doente”* (Hesbeen 2000, p.46).

O mesmo autor faz uma explanação sobre o pensamento complexo e complicado que transporta para a prestação dos cuidados de enfermagem, através de um paralelismo. O complicado é sofisticado e espectacular, utiliza meios e técnicas grandiosos e precisos, sendo replicável. O complexo por sua vez, está relacionado ao único e irrepetível e provém das interacções que se produzem numa situação singular, associando o global sem ignorar os diferentes elementos que o compõem e as interacções que se estabelecem.

Ao complexo está associada a reflexão através da qual nos é permitido entender a durabilidade do conhecimento e dos saberes para aquela situação particular. Subscrevemos o que Watts afirma a propósito do complexo, (referido por Hesbeen 2000, p.34) *“ver uma folha em toda a sua clareza sem perder de vista a sua relação com a árvore”*.

Assim é também o nosso entender; cuidar do outro numa situação de vida que lhe é própria e singular em virtude dos sentimentos e emoções que o fazem distinguir não em função das características físicas nem tão pouco intelectuais, mas sim em função de sentimentos próprios que sente, transmite e demonstra de forma particular e única em qualquer momento próprio relacionado com o binómio saúde/doença e que requer do profissional de

enfermagem uma abordagem particular, específica e direccionada para o complexo que o utente é.

É neste sentido do exercício profissional que a autonomia do enfermeiro se distingue. A responsabilidade essa tem de estar inerente a todos os actos e intervenções quer sejam de natureza interdependente em co-responsabilização, ou de natureza autónoma<sup>1</sup>.

### Teoria e prática: relação com a formação do enfermeiro

Também os conhecimentos teóricos e práticos específicos são igualmente importantes na formação do enfermeiro. A supremacia de uns ou de outros é no nosso entendimento pontual e ajustada em função das necessidades percebidas em que a reflexão terá de ser tida em linha de conta. Os saberes teóricos são a base do conhecimento sustentável, do progresso e do desenvolvimento “per si”. Não dizem o que é necessário fazer na prática, mas levam o sujeito a actuar com discernimento, orientando a acção e procedimentos, “sugerindo” diversas vias possíveis de realização e concretização (Malglaive, 1995). A sua ligação representa quase que uma “simbiose” se atendermos à convivência, dependência e proximidade que o autor lhes confere. Para o mesmo autor, quanto mais próximos estiverem um do outro; saber da prática e saber científico, mais flexível e compreensível a prática se apresenta, variando o leque de respostas passíveis de explicar as situações.

Assim o saber teórico permite controlar a acção que é exercida sobre o real. Para além de fornecer um contributo importante na perpetuação da herança cultural, permite conceptualizar a acção no abstrato (mundo simbólico) antes de ser praticada no concreto (mundo material). No entanto, exercer uma actividade profissional na prática não o pode ser somente em função da aplicação de conhecimentos teóricos.

---

<sup>1</sup> REPE – Artigo 9º - Intervenções dos Enfermeiros

Fazendo alusão à relação do saber com a prática nas situações do quotidiano profissional Malglaive (1995, p.39) cita Charlot (1976):

*“é preciso libertarmo-nos do pseudo dilema entre “saberes práticos” e “saberes científicos”, que coloca o problema em termos de tipos de objectivos e não de tipos de relações com o saber. Um saber “praticado” não pode ser senão um saber que esclarece a prática (...). Um saber “científico” só é um saber se tiver um sentido para aquele que o adquire e se lhe permitir enfrentar melhor certas situações e resolver melhor determinados problemas”.*

Simplificando mas nem por isso associando a simplismo “a melhor prática é uma boa teoria, que implica aceitar também a sua contrária – a boa teoria só se torna real na boa prática” (Roldão, 1999, p.105).

Este sentido global e não redutor identifica a prática como transformadora sendo entendida na perspectiva de Malglaive em que essa transformação acontece de forma intencional criando outra realidade. A produção de novos estados de conhecimento implica investir os diferentes tipos de saberes na prática, analisando e investigando a sua proximidade. No dizer de Malglaive (1995), é na relação permanente com a prática que o conhecimento teórico vai buscar elementos capazes de realçar e fazer entender o real, criando assim o conhecimento científico desse real:–

A natureza da relação teoria / prática, apoia-se portanto num vaivém entre prática-teoria-prática, em que o profissional se transforma num profissional reflexivo capaz de analisar as suas práticas, sendo que a reflexão na acção lhe permitirá encontrar estratégias de resolução de problemas (Altet, 2000).

É claro que a prática se encontra repleta de imprevistos não replicáveis que a teoria por si só não consegue explicar. A experiência profissional é importante no contexto de trabalho pois permite um entendimento global das situações.

Estamos a referir-nos à experiência como sendo a soma dos conhecimentos que permitem descobrir os meios de intervenção sobre o real, a experiência que permite conhecer os resultados que emergem da prática e que vão permitir agir de forma eficaz nas situações. Isto implica ser capaz de fazer apelo à multiplicidade de saberes; teóricos, processuais, práticos e saberes-fazer.

É nesta óptica que o saber da escola se relaciona com o saber da prática, dizendo-o melhor Malglaive (1995, p.40) *“(...) o saber escolar se investe na prática, no que nela se torna, como é que se transforma sem se negar, quer dizer sem deixar de ser saber”*.

Para o profissional de enfermagem as competências específicas e especializadas na sua área, provenientes de saber teóricos e científicos postos em acção, mobilizados com perícia nos mais variados contextos, transformam-se em saberes legitimados, fazendo parte entendemos nós de um percurso promotor da enfermagem enquanto profissão reconhecida, alicerçada na formação inicial e contínua, que pressupõem a mudança voluntária dos actores (Santiago e outros, 1997).

Tanto no domínio da teoria (meio académico) como no domínio da prática (meio profissional) é imperioso entender-se a existência desta dualidade para que não haja oposição de campos formativos, existindo em seu lugar um entendimento e compreensão da relevância e complementaridade na construção do conhecimento através dos aportes conjuntos e da investigação.

No domínio do meio profissional salienta-se como método científico de desenvolvimento a aprendizagem pela experiência. Concebida a partir de Dewey, foi posteriormente desenvolvida por Kolb, Argyris, Schön, Jarvis e Mezirow que acrescentaram novos elementos. É descrita tradicionalmente como um mecanismo de resolução de problemas (Finger e Asún, 2006). O formador torna-se o facilitador do ciclo de aprendizagem. A acção, a experiência e a reflexão, são comuns às diferentes teorias desenvolvidas pelos autores, em que a educação de adultos nesta perspectiva é um meio de autodesenvolvimento.



A formação dos enfermeiros entra no nosso entendimento no campo da formação de adultos campo esse de fundamentos teóricos diversificados, não integrados ou unificados, (Finger e Ásun, 2006).

Vários processos de permuta de conhecimentos surgem como essenciais para uma formação em contexto de trabalho, onde exista lugar para confrontação entre a estagnação de saberes e a procura de novos, que configurem outras dimensões aos contextos sócio-profissionais (Sousa 1996).

Esses confrontos dão origem à mudança, ora interna ao sujeito, ora à forma como a formação se processa, surgindo novos saberes em que o sujeito se posiciona no centro da acção conducente à formação, quer se trate da formação inicial, quer seja posteriormente o sujeito a percorrer o seu percurso de desenvolvimento profissional.

#### Formação em contexto de trabalho

A prática decorrente do exercício profissional é, fortemente influenciada por factores ambientais e situacionais, onde a previsibilidade e recursos são incertos, optando-se com frequência em seguir rotinas por se desconhecer o imediato, como tentativa de “compensar” o desconhecido e a incerteza.

No exercício das actividades profissionais-do-quotidiano é frequente o enfermeiro por em prática os saberes experimentados noutras situações, às quais associa o êxito na resolução dos problemas encontrados. Contudo, facilmente há o perigo de lhe inverter o sentido caindo-se no seu oposto, dando prioridade absoluta à prática e que na prática é que se sabe como é, passando a actividade profissional a ser exercida em função dos saberes empíricos. Estes são facilmente sedimentados no quotidiano profissional repleto de rotinas e hábitos afastados de reflexão sobre e nas situações concretas de trabalho. Entram aqui em jogo a nosso ver:

*“os diferentes fenómenos na formação contínua de adultos (...) zonas híbridas entre o campo das práticas educativas e o campo da*

*construção científica (...) onde os próprios caminhos do discurso escrito e oral sobre a formação de adultos são sinuosos, assumindo formas múltiplas e irregulares" (Santiago e outros, in Sá-Chaves 1997, p. 11).*

De acordo com os mesmos autores e em relação à formação, importa *"(...) tentar circunscrever o que se passa num determinado conjunto constituído por pessoas em interacção, que desenvolvem um determinado tipo de trabalho em determinados contextos sociais e organizacionais" (p.11-12).*

Neste sentido o modelo de análise de conceptualização de modalidades de formação de Lesne é relevante por constituir um suporte importante para a *compreensão dos processos decorrentes das práticas pedagógicas*, associadas à transformação do sujeito em formação. O modelo foi objecto de análise dos autores (Santiago e outros, 1997; Nunes, 1995). Fornece instrumentos de análise e avaliação das práticas formativas, sendo a formação do sujeito e por conseguinte a sua transformação decorrente da sua inserção social, onde é simultaneamente objecto, sujeito e agente de socialização. Como é exposto por Santiago, R. e outros (in Sá-Chaves, 1997), a propósito do modelo de Lesne:

*"se a socialização quotidiana se realiza pelos mecanismos de reprodução (homem produzido), pelos mecanismos indutores de adaptações activas do homem (homens actores da sua socialização) e pelos mecanismos de mudança (homem agindo), a socialização na formação reflecte-se necessariamente na forma como é organizada a interacção entre as pessoas em formação" (p.18).*

A tipificação dos três tipos de percursos lógicos no modelo de Lesne incluem ainda a relação com o saber e o poder entre formador e a pessoa em formação. Pela importância intemporal dos modelos de formação de Lesne apresentamos em síntese a sua tipificação:

Modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo de orientação normativa (MTP1) – A transmissão de valores, saberes, normas sociais, modos

de pensamento e acção são os pressupostos em que se baseia este modo de trabalho pedagógico, onde o formando é objecto de socialização. As iniciativas de formação partem do formador em quem assenta o papel de perito, que lhe confere o poder de construir, intervir e orientar a acção formativa, utilizando metodologias pedagógicas propícias à interiorização por parte dos formandos, dos saberes transmitidos. Esta relação entre o saber e o poder apresenta-se dissimétrica, a decisão e organização da formação centra-se no formador (Santiago, R. e outros, 1997). A aprendizagem é direccionada a perpetuar e assegurar a reprodução social e profissional inclui entre outros as aprendizagens curriculares entendidas como necessárias. Espera-se que o sujeito se adapte às funções e imposições sociais dominantes sem as questionar.

Este modo de trabalho pedagógico não incentiva a reflexão mas sim a aceitação acrítica.

Modo de trabalho pedagógico de tipo incitativo de orientação pessoal (MTP2) – Pretende-se activar as capacidades e iniciativas dos sujeitos em formação, tornando-se sujeitos e actores da sua formação com autonomia na estruturação e desenvolvimento das actividades de formação. A relação formando-formador é basicamente de igual para igual em que todos os saberes são partilhados, sendo o poder do formador essencialmente *“um poder social ao serviço das relações interpessoais e das formas de acesso aos saberes, nos quais se incluem a auto-formação apoiada no grupo”* (Santiago, R. e outros, 1997, p.31). De acordo com os mesmos autores, baseia-se na hipótese de que o adulto em formação é levado a adaptar-se de forma activa aos contextos de formação. A tónica centra-se em novas exigências, papéis e estatutos profissionais e sociais que são requeridos do profissional, em função dos mecanismos de ajuste e renovação da sociedade. Encontramos no ensino clínico dos alunos de enfermagem espaço apropriado para este modo de trabalho pedagógico, na nossa perspectiva.

Modo de trabalho pedagógico de tipo apropriativo, centrado na inserção social do indivíduo (MTP3) – A configurar este tipo de trabalho pedagógico encontra-se o formando que age sobre o processo de formação, reconstruindo-

o e organizando-o em face da confrontação entre quadros teóricos e as suas representações prévias. Existe uma dualidade colaborativa entre formando e formador na concepção e elaboração de esquemas e formas de trabalho em interacção com a prática contextualizada na realidade social. A contribuição do formador prende-se com as suas representações científicas e do acto de formação sobre as quais constrói a acção pedagógica. Os formandos utilizam essa ajuda para a partir do que lhes é familiar romperem com o senso comum incutido nas suas representações do real e reorganizarem os “elementos constitutivos das suas representações, em referência a um sistema organizado de conceitos científicos que contém e unifica esses elementos” (Lesne 1984, p.173). Este modo de trabalho é ajustado aos ensinamentos clínicos do aluno de enfermagem com enfoque no último estágio de inserção à vida profissional, por incentivar quanto a nós a construção de novos saberes.

Depreende-se a existência de um vai-vem constante na relação teoria-prática interagindo entre si, para proporcionar a formação na prática, existindo esta não em função do acaso, mas das relações interactivas entre prática quotidiana e prática científica (prática teórica), associadas às condições sociais, à acção e à apropriação cognitiva do real (Santiago e outros, 1997).

A utilização do modelo de Lesne oferece vantagens para quem está em contacto com adultos em formação, onde a formação em alternância é equacionada como parte do processo formativo, pelas associações que lhe estão inerentes; realidade pedagógica, social, profissional e cultural. Ao referirem a utilidade do modelo os mesmos autores citam Lesne:

*“... situa-se na possibilidade de o formador dispor de um instrumento de diagnóstico das práticas efectivas, uma grelha de análise, um modo de leitura ... com vista a permitir-lhes uma melhor compreensão do sentido que dão ao sentido das suas práticas” (p. 32).*

#### 4 – NOÇÃO DE COMPETÊNCIA E A SUA RELAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

As competências profissionais abordadas a partir das dimensões do saber, saber-fazer e saber-ser, estão associadas à formação inicial, sendo que a sua "construção" é responsabilidade partilhada entre os diversos actores no processo formativo (Le Boterf, 2000). Manifestam-se em situações de trabalho concretas que contenham elementos diversificados na composição de tarefas não rotinizadas, portanto na acção que requer a mobilização, transferência e integração dos conhecimentos e capacidades anteriores.

As competências profissionais são apresentadas sob formas ligeiramente diferentes consoante a abordagem feita pelos diversos autores. Optámos pela abordagem apresentada por Pires (1994), por entendermos ser adequada ao nosso trabalho. Engloba para além das competências técnicas, outras baseadas na própria indivíduo e nas relações que estabelece com os outros. Esta nossa opção foi feita a partir da especificidade do trabalho do enfermeiro e da importância que o relacionamento assume na prestação de cuidados de enfermagem, logo repercutindo-se no desempenho do enfermeiro.

##### Competências genéricas

Representam as competências desenvolvidas a partir das experiências pessoais e profissionais do indivíduo, relacionam-se com o percurso social do mesmo e com a actividade profissional e formação que o indivíduo desenvolve no âmbito da formação contínua. Tais competências requerem a presença de:

- Espírito de iniciativa em que o sujeito demonstra ter capacidades de resposta, antecipando-se às solicitações.
- Perseverança – consiste em ultrapassar obstáculos, encetando acções capazes de levar à realização de objectivos, se necessário utilizando diversas formas e tentativas.
- Criatividade – relacionada com os anteriores, sendo que o objectivo é o de criar um produto original.

- Sentido de organização – planejar de forma lógica as acções a desenvolver, com vista à realização de objectivos.
- Espírito crítico – analisar de forma sistemática situações ou problemas em relação a um conjunto de conhecimentos provenientes de diversas fontes.
- Autocontrolo – capacidade de manter a calma e ser capaz de priorizar medidas e acções de resolução de problemas em situações emotivas ou stressantes.
- Atitude de liderança – utiliza de forma hábil os esforços colectivos na organização de actividades ou no grupo de trabalho.
- Persuasão – é capaz de persuadir os outros a obter o seu apoio e colaboração com vista a atingir objectivos.
- Autoconfiança – tem vontade própria e acredita nas suas capacidades sendo capaz de defender as suas convicções face aos outros.
- Percepção e intercepção nas relações pessoais – reconhece e interpreta as preocupações, interesses e estados emotivos dos outros, até através de indícios subtis.
- Preocupação e solicitude em relação aos outros – tem em atenção e consideração os outros, as suas necessidades, o bem estar do outro e disponibiliza-se para escutar os problemas encorajando e transmitindo segurança ao outro.

Partindo para as competências de terceira dimensão assim denominadas por Auburn e Orofiamma, citadas por Pires (1994), elas mobilizam múltiplos saberes, sendo que as competências que remetem para as características pessoais do indivíduo têm origem nos percursos singulares de estruturação da personalidade e nos contextos que influenciam a socialização do indivíduo. Neste âmbito a “competência-chave” refere-se ao desenvolvimento de uma atitude à autoformação que corresponde à capacidade em fazer um exame crítico em função do mundo que o rodeia.

Essas competências surgem agrupadas por categorias:

Os comportamentos profissionais e sociais - Associados a tarefas concretas num determinado contexto social ou profissional, podem ser estabelecidos:

- Decompondo a actividade profissional ou social que é visada, explicitando competências a partir da descrição de um conjunto de sub capacidades que a constituem.

- Através da decomposição de determinada acção em micro comportamentos, estabelecendo deste modo o modelo ideal.

- Abordando as funções na perspectiva de “organização qualificante”. Pressupõe que a organização seja aberta aos desafios e projectos propostos visando os contextos de trabalho e o enriquecimento das competências articulando-as com situações profissionais determinadas.

As atitudes – Dizem respeito a competências não relacionadas a tarefas delimitadas e específicas, mas ao perfil de comportamento a enquadrar no contexto profissional e cultural.

- As atitudes relacionais e comunicacionais manifestam-se em relação com os outros e abrangem um leque de atitudes, desde as capacidades de escuta, expressão, argumentação, trabalho em grupo e inserido numa equipa, de aceitação de críticas, o saber por em causa indo ao encontro da negociação, organização, fixação de objectivos e estratégias etc.

- As capacidades relativas à auto-imagem que implicam um melhor conhecimento de si, das suas capacidades e potencialidades, a auto-estima e auto-confiança.

- As capacidades de adaptação e mudança relativas quer ao contexto de trabalho quer à situação de trabalho tendo em conta as diversidades de comportamentos e opiniões existentes, por conseguinte significa uma predisposição à flexibilidade e abertura face ao imprevisto e ao inesperado.

As capacidades criativas – Improvisar, mobilizando várias capacidades. Recorrer à intuição no sentido de inovar, de se ultrapassar a si próprio pondo em relevo o duplo aspecto da criatividade: talento e técnicas adequadas ao transpor esse talento para a prática.

Atitudes existenciais ou éticas – Enquanto actor social, o sujeito apropria-se do seu próprio vivido numa perspectiva de análise crítica de modo a transformar e

recriar o seu próprio projecto pessoal com base na autoformação e na pesquisa.

Estas competências são suportadas por tipos de saberes que as autoras agruparam em cinco categorias: as técnicas, as estratégias cognitivas, o saber social, o saber-fazer relacional, o conhecimento de si e o reconhecimento da implicação a nível social e pessoal.

As competências técnicas referem-se a um conjunto de procedimentos<sup>6)</sup> organizados e definidos de forma precisa. As etapas relativas a procedimentos específicos visam a simplificação e eficácia do trabalho associadas à mudança de comportamentos mais do que de atitudes.

Por sua vez os métodos e estratégias cognitivas diferem das anteriores na medida em que se bem que apresentando linhas gerais de orientações, são dirigidas à capacidade de análise e resolução de problemas através do diagnóstico da situação e tomada de decisão individual, chamando a si a capacidade do indivíduo em procurar a sua forma própria de intervenção, desenvolvendo o seu potencial.

O saber social implica o conhecimento do meio cultural, profissional e social que rodeia o indivíduo. Neste sentido o indivíduo constrói uma visão do mundo a partir do seu interesse nos fenómenos políticos, culturais e sociais alicerçados às diferentes sociedades. Insere-se no mundo do trabalho, tendo conhecimento de aspectos desde a organização do trabalho, funcionamento da organização onde desempenha funções, código de conduta profissional e reconhece o modo como interagem em relação à sociedade. Engloba deste modo todos os aspectos que contribuem para a formação geral do indivíduo.

O saber social está deste modo fortemente ligado à forma como as pessoas se relacionam com os outros. Em parte o modo como nos relacionamos com os outros provém das características da personalidade que se desenvolve ao longo do tempo, baseada nos processos de socialização do indivíduo, não sendo facilmente objectiváveis. No entanto através da formação



e da descoberta de si, é possível adquirir e desenvolver novas capacidades, relacionadas com a auto-imagem e auto-confiança.

As competências profissionais apresentadas inscrevem-se numa lógica de formação que apela à importância do meio e às características pessoais, no desenvolvimento pessoal e profissional. Encontramos paralelismo com Simões e Simões (1997) que ao inscreverem o desenvolvimento como matriz de competência o relacionam à maturidade e à competência não em função dos desempenhos obtidos mas na adopção de estratégia formativa *“que considere não só o que o indivíduo faz mas também o que ele é e que simultaneamente, não despreze múltiplas facetas envolvidas na adequação à função profissional”* (p.45).

A aquisição é feita em situação, onde a singularidade do indivíduo influencia a construção da estrutura de aquisição. Desta forma, as qualificações técnicas, saberes e saberes-fazer que permitem ao sujeito exercer uma profissão, surgem desvalorizadas por si só, auferindo importância idêntica ao saber-ser do sujeito.

Considerando a formação inicial do enfermeiro assente numa sólida formação geral de base, sobressai a necessidade do indivíduo ir criando mecanismos dirigidos à adaptabilidade, autonomia e ao “aprender a aprender” ao longo da vida, para fazer face às exigências do mercado de trabalho, e à estrutura económica de cariz instável, movida por forças de poder globalizantes.

É neste sentido que perspectivamos a formação em alternância no ensino clínico em contexto de trabalho onde decorrem as práticas profissionais e onde o aluno com ajuda, orientação e acompanhamento irá ser capaz de começar a desenvolver competências que o identifiquem como profissional com saberes próprios e específicos na sua área. Como diz Le Boterf (2000), as competências só existem de facto quando são visíveis e conferidas pelos outros, em função dos nossos actos.

#### 4.1 – A ALTERNÂNCIA COMO MODALIDADE FORMATIVA CENTRADA NA APROPRIAÇÃO DE SABERES

A formação em alternância está ligada à evolução dos processos de aprendizagem profissional. A prática pedagógica da formação em alternância não é única, nem na sua forma, nem nas suas finalidades estando a sua utilização presente em diversos níveis de ensino, como refere Bireaud (1995). No entanto existe uma semelhança na medida em que as diferentes formas visam a articulação entre a teoria e a prática, entre a empresa e a escola, entre a formação e a produção.

Admite-se assim, que a alternância só é perceptível através da existência de um processo dicotómico, assente na existência de dois pólos de formação: a escola e o contexto de trabalho, entendido no seu sentido lato – empresa, ou outra entidade (no caso da formação inicial dos enfermeiros, Instituição de Saúde) – onde é possível ter uma aprendizagem real. Esta surge através do empenhamento com que a formação é perspectivada pelos diferentes intervenientes no processo. Isto é; Escola, Organizações ou Empresas e alunos entendem o processo na mesma perspectiva, em que os saberes e conhecimentos anteriores adquiridos pelos alunos, são utilizados na construção da sua aprendizagem e projecto profissional dando sentido a uma formação global.

Pelpel (1989), entende ser necessário procurar meios de alternância funcional que permitam assegurar os diversos momentos da formação. Existem diversas tipologias desta modalidade formativa, (Pelpel, 1989; Neves e Pedroso, 1994), nomeadamente:

- alternância justaposta - é constituída por períodos de actividades diferentes, um de trabalho, outro de estudo e, com um baixo nível de interacção. Tem como pressuposto que cada lugar de formação tem a sua lógica e os seus objectivos próprios, tornando-se o aluno um elemento passivo, incapaz de ser reconhecido como ponto de partida da dinâmica de ensino. Os

objectivos deste tipo de alternância, que relevam dum esquema pedagógico tradicional, limitam-se a assegurar as suas capacidades profissionais, não sendo desta forma adequada ao ensino clínico.

- alternância associativa – trata-se de uma formação geral e de uma formação profissional, só equilibrada se houver alguma articulação entre a actividade escolar e a profissional, que não seja uma simples adição dos dois aspectos. Do ponto de vista pedagógico, esta forma de alternância pouco de novo junta em relação ao anterior.

- alternância de complementaridade - caracteriza-se por uma interpenetração efectiva dos meios da vida sócio-profissional e escolar numa unidade de tempo formativa que pressupõe uma conexão estreita entre estes dois momentos de actividades, a todos os níveis: individual, relacional, didáctico e institucional. Os componentes do sistema ocupam um lugar equilibrado, sem supremacia de um sobre o outro. A ligação permanente existente entre eles é dinâmica e efectua-se num movimento perpétuo de ida e de volta, facilitando por esta retroacção, a integração dos elementos de um no outro.

A alternância de complementaridade constitui assim uma verdadeira interligação do teórico pelo prático, favorecida pela ligação retroactiva existente entre os dois, segundo um esquema construtivista.

Para tal, é importante que se “(...) defina o potencial formativo de cada pólo, os respectivos limites” e a optimização do potencial existente. É fundamental “(...) o desenvolvimento de lógicas de cooperação que permitam uma articulação coerente entre os diferentes tipos de aprendizagem” Cabrito (1994, pág. 23). Estabelecer claramente os objectivos, definir o tipo de desenvolvimento que se pretende obter a nível das actividades de enfermagem, meios e recursos suficientes e adaptados, avaliação permanente, tornando a aprendizagem coerente e eficaz.

Concomitantemente a este processo, o aluno deverá desenvolver a reflexão sobre a prática, o que permitirá o seu desenvolvimento social e pessoal com vista à sua inserção profissional, dando-lhe um sentido e confrontando-o com a realidade do mundo material e social. O aluno adquire

competências que são indispensáveis à sua inserção no mundo do trabalho. É a dinâmica prevista por Cabrito (1994).

Esta forma de alternância de complementaridade é aquela que melhor justifica na actualidade o ensino de enfermagem. Implica assim que a alternância seja construída a partir de lógicas de cooperação efectivas entre a escola e local de estágio, utilizando as aprendizagens diversificadas dos dois espaços, com vista à aquisição de competências a diversos níveis, necessárias ao exercício profissional, o que nos coloca em concordância com Carvalhal (2003, pág. 23):

*“(...) uma formação integradora que tem como finalidade permitir a transferência, para o contexto real do trabalho, das aprendizagens efectuadas em contexto escolar, no sentido de minimizar as dificuldades de aproximação da escola ao real e, simultaneamente, a pedagogizar as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho”.*

Implica que a formação académica integral, seja proveniente do ensino teórico e prático, cujos aportes tendem a complementar a formação, que tem como lugar de eleição a formação na Instituição Escolar, assumindo esta o papel principal no processo educativo. A formação através do ensino clínico, permite a articulação entre o saber teórico e prático num espaço onde é suposto serem aferidas continuamente as aprendizagens.

Trata-se de uma modalidade formativa que vai além do saber e saber-fazer, focalizando-se também no saber-ser e estar do enfermeiro em formação inicial a qual exige dos alunos a apropriação de conhecimentos teóricos e técnicos, que lhes permitam desenvolver raciocínios abstractos no decorrer do ensino clínico e futuramente na actividade profissional, a par com a interiorização de normas e regras de conduta profissional.

Deste modo também os conhecimentos teóricos foram adquiridos à menos tempo, pelo que a sua transferência para as situações práticas se realiza mais facilmente o que supostamente irá afastar a tendência de compreender as situações de um ponto de vista parcelar. As aprendizagens da escola, sedimentadas no contexto da prática, onde no entanto nem todos os conhecimentos e aprendizagens irão ter uma aplicabilidade imediata, já que o

binómio saúde/doença dificilmente se caracteriza como regular e previsível em relação ao indivíduo durante o ciclo vital que o acompanha desde o nascimento até à morte.

Caso contrário a formação em alternância deixará de fazer sentido como modalidade formativa e os alunos de enfermagem serão “mão de obra”, privilegiando-se na Instituição de Saúde, a aquisição de aprendizagens ligadas ao saber fazer direccionado para uma aplicação imediata com vista a uma lógica de produtividade, centrada na execução de tarefas rotineiras. Este tipo de formação associado a técnicas de rapidez de execução, afasta-se da lógica de formação pedagógica que associa formação académica e prática essenciais na formação do profissional de enfermagem.

Cabrito (1994) refere que é importante distinguir o conceito *aprender através do trabalho*, do conceito *aprender sobre e para o mundo do trabalho*, sendo este último optimizador da aquisição de competências globais em detrimento das somente de cariz mais técnico que sendo importantes, não se pretende que sejam as mais importantes ou únicas na formação do enfermeiro.

## **CAPÍTULO II – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**

Em redor da formação dos enfermeiros, têm surgido debates referentes à problemática da orientação dos alunos em ensino clínico na formação inicial. Esta questão inclui o ensino/aprendizagem, o planeamento e organização das práticas clínicas e o contexto em que se desenrolam.

Esta tomada de consciência tem sido “levantada”, já que os contextos onde decorre o ensino clínico tem vindo a aumentar de complexidade a vários níveis e onde a imprevisibilidade é por vezes uma constante. Tem assim sido desenvolvida uma maior reflexão e discussão sobre o ensino clínico e o enquadramento da supervisão neste contexto.

À partida, pressupõe o enquadramento de estratégias que dêem corpo à dinâmica de decisão, organização e integração de metodologias pedagógicas, enquanto elementos próprios do ensino/aprendizagem, relacionadas às práticas clínicas como essenciais no desenvolvimento de competências. Este processo tem início na formação inicial dos enfermeiros, com expoente máximo no ensino clínico, em que perante as questões da prática o aluno vai ter necessidade de conjugar esses elementos.

Os dois contextos de aprendizagem são igualmente importantes requerendo que o acompanhamento/orientação dos alunos na Instituição de Saúde seja assegurado numa perspectiva potenciadora e convergente, de interesses comuns em que a qualidade da formação seja entendida numa mesma linguagem.

### **1 – SUPERVISÃO: DA NOÇÃO AOS DESAFIOS**

À medida que a evolução da enfermagem se desenrolava, as aprendizagens nos ensinos clínicos começam a ser percebidas numa dimensão mais global. Modelos de supervisão de diversos autores começam a ser adaptados e utilizados na orientação dos alunos.

Em enfermagem o termo supervisão clínica tem estado associado á assistência aos utentes e ao desenvolvimento do aluno e do profissional (Abreu, 2004). O mesmo autor refere que para o Departamento de Saúde do Reino Unido:

*“trata-se de um processo formal de suporte e aprendizagem que proporciona aos alunos ou aos profissionais um desenvolvimento integrado de competências, assumir responsabilidade pela sua própria prática e promover a qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de conhecida complexidade”.*

Alarcão e Sá-Chaves entre outros têm-se debruçado sobre a área particular de supervisão ligada á formação de professores. Alarcão e Tavares, (2003) situam a supervisão como *“o processo em que um professor em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”* (p. 16).

O conceito de supervisão clínica em enfermagem é justificável de acordo com Abreu (2003) pelo facto dos enfermeiros desenvolverem actividade clínica, acrescido ao facto de serem responsáveis pela supervisão das suas práticas, tal como é definido por lei<sup>1</sup>.

O mesmo autor refere Napthine (1996) que situa a componente de ensino clínico em enfermagem a decorrer num contexto de aprendizagem associado a:

- integração e adaptação psicológica ao primeiro emprego
- desenvolvimento do pensamento reflexivo permitindo integrar as diversas dimensões e problemas de saúde
- construção da identidade profissional.

A diversidade das áreas clínicas enquanto contextos de práticas clínicas em enfermagem começam a influenciar as mesmas, pelo que a dimensão ecológica passa a ser entendida como indissociável. A resolução de problemas, dinâmicas de colaboração e a interacção entre os indivíduos em

---

<sup>1</sup> REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

situação, passam a estar no centro dos estudos desenvolvidos na área da supervisão clínica.

Brocklehurst (1994, citado por Abreu 2004) considera os seguintes aspectos comuns a vários modelos de supervisão clínica em enfermagem:

- desenvolvimento de competências, suporte no desenvolvimento profissional, pessoal e na segurança das práticas
- formação específica dos supervisores, elaboração de documentos de referência e a articulação com outras dimensões organizacionais
- a qualidade da relação supervisor/aluno influencia o êxito do processo

Vários outros elementos são acrescentados pelo mesmo autor:

- o supervisor deve ter capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados
- deverá possuir capacidades formativas e preparação específica para desenvolverem o processo
- saber utilizar resultados de pesquisa para fazer evoluir o processo de supervisão

Ashworth & Morrison (1989) referem que as aprendizagens em contexto clínico não devem descurar o acompanhamento e a supervisão dos alunos, por se pretenderem aprendizagens intencionais. Os alunos deverão estar preparados para aproveitar as oportunidades de aprendizagem, o que nos leva a entender a continuidade do trabalho e a colaboração efectiva entre docentes/orientadores e alunos, como uma mais valia.

Contudo a supervisão clínica em enfermagem, reveste-se de contornos irregulares e de concepções variadas. Limitações próprias à orgânica Institucional e maneiras como as práticas são organizadas, são alguns dos elementos que podemos incluir nessas indefinições.

Abreu (2003) avança com propostas de reflexão sobre o acompanhamento dos alunos em formação clínica que sintetizamos a seguir:

- as preocupações éticas, inteligência adaptativa, susceptibilidade aos valores e atitudes, na aprendizagem entendida como *percurso*



- a preocupação com a qualidade, que engloba a vertente da assistência aos utentes.
- a preocupação com a definição de currículos, estratégias de actividade, formação docente, avaliação pedagógica e participação dos docentes cuja formação pedagógica seja mais consistente, no acompanhamento dos alunos.
- acompanhamento sistemático, permanente e auto-dirigido por parte de docentes e supervisores, que devem servir de mediadores nos processos de aprendizagem, proporcionando desenvolvimentos alternativos nas capacidades adaptativas dos alunos.
- a responsabilidade pela segurança dos cuidados prestados ser partilhada com a escola.
- proporcionar aos alunos espaços de reflexão, debate e recomposição teórico-conceptual

Para Abreu (2003) a aprendizagem em contexto clínico inicia-se pelo confronto com uma situação nova e redefinidos os objectivos operatórios, compreende motivação, orientação, integração. Assenta na disponibilização de orientação, na avaliação e no favorecer os processos pessoais de controlo. Para que seja uma realidade deve atender à qualidade das aprendizagens desenvolvidas nesse contexto, onde deverá ter lugar a integração de conhecimentos e capacidades já adquiridas. Refere ainda que o processo de aprendizagem associado à supervisão requer a utilização de estratégias centradas na exigência e qualidade das práticas.

A supervisão é inúmeras vezes adequada às características do contexto formativo e do próprio supervisor (Alarcão e Tavares, 2003). Isto é particularmente relevante no ensino clínico, pela diversidade de serviços específicos no contexto hospitalar ou comunitário, em que as situações de saúde/ doença são de natureza variada associada às próprias características do utente, pelo que também entendemos a componente *pessoa com necessidades ao nível da sua saúde*, a influenciar as relações que se estabelecem em contexto supervisão.

## 1.1 – CENÁRIOS DE SUPERVISÃO

Não obstante as discrepâncias que se possam encontrar, a prática supervisiva só o é de facto quando é exercida com base em princípios científicos e não no mero acaso de reprodução e perpetuação de hábitos sem o conhecimento e a reflexão sobre os diversos modelos existentes.

Embora não haja um modelo ideal de supervisão universalmente tomado como o mais eficaz, Alarcão e Tavares (2003) sistematizam as práticas supervisivas mais frequentes em diversos cenários. Os mesmos autores não excluem a sua coexistência, referindo ainda que são formas possíveis de supervisão. Propõem ainda um modelo integrador de supervisão que integra aprendizagem e desenvolvimento do supervisor.

Pela adequação e abrangência dos diferentes cenários, também ao exterior da formação de professores, considerámos a tipologia apresentada pelos autores para o caso particular da supervisão em ensino clínico na formação inicial dos enfermeiros.

### Cenário de imitação artesanal

A supervisão neste cenário implica a existência de duas componentes essenciais: a demonstração por parte do professor de como se faz e a aprendizagem do aluno imitando na prática a forma de fazer do professor. Assenta num dos modelos descritos por Zeichner: o tradicional (1983). O bom aprendente será aquele que melhor conseguir na prática imitar as maneiras de fazer do professor. Este é tido como o detentor do saber, da boa prática e da experiência. O professor ocupa o lugar central na aprendizagem. O seu saber é perpetuado através do tempo e a figura do professor é o modelo que irá servir de guia ao aluno, por conseguinte a ideia da existência de bons modelos está inerente a este cenário de supervisão como referem Alarcão e Tavares (2003).

Este cenário de supervisão deriva e segue os princípios do modelo de orientação académico de que falámos no início, bem como aproximação ao modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo de orientação normativa de Lesne.

### Cenário da aprendizagem pela descoberta guiada

Várias questões entretanto surgiram, nomeadamente as relacionadas com o bom modelo de professor, que características teria de possuir, o que significa de facto ser bom professor e ainda as relacionadas com a existência (ou inexistência) de provas factuais que pudessem relacionar a imitação à melhor forma de aprender. Logo tais pressupostos foram considerados redutores face ao que se pretendia delimitar mas ao mesmo tempo perceber na sua globalidade: a aprendizagem do aluno.

Partindo para uma nova concepção do ensino uma multiplicidade de componentes foram tidos em consideração tais como as inter relações existentes no universo do ensino e na prática do ensino (Alarcão e Tavares, 2003). Esses componentes passam a estar integrados ao modo como é delineado e concebido o ensino. A utilização de modelos de ensino em diferentes situações, passou a assumir maior relevância pela necessidade de se averiguar que método de ensino funcionava melhor em cada circunstância.

O conhecimento analítico dos modelos ganha terreno relativamente à imitação do professor. Este conduz o formando na construção do seu próprio conhecimento.

Este modelo é inspirado no trabalho de Dewey (1974, referido por Alarcão e Tavares 2003), e incide na associação da componente teórica e prática sucedendo esta à aprendizagem teórica de forma progressiva, integrando gradualmente actividades mais complexas até o formando atingir um grau de responsabilidade total pelas actividades desempenhadas. A componente prática assim perspectivada teria como objectivos:

- Concretizar a componente teórica, tornando-a mais viva e mais real
- Permitir o desenvolvimento das “ferramentas” (conhecimentos, capacidades, valores, atitudes), necessárias à actividade profissional.

### Cenário behaviorista

Este cenário utiliza a técnica psicopedagógica denominada de micro-ensino (Alarcão e Tavares, 2003). É baseada no pressuposto de que há

determinadas tarefas que são comuns aos professores no decorrer da sua actividade profissional.

Seria portanto necessário desenvolver as competências de ensino relacionadas a essas tarefas, pondo em prática numa mini aula, as diferentes componentes associadas a essas tarefas. O professor teria posteriormente a oportunidade de analisar a sua actuação identificando as competências que treinou, valendo-se para isso da ajuda dos comentários dos alunos, colegas e supervisores. O programa de treino culminaria com a repetição da aula, utilizando as mesmas técnicas e com as alterações e inovações provenientes dos comentários recebidos. O micro ensino daria ao professor maior à vontade e auto-confiança necessárias ao ensino numa sala de aulas com características habituais e reais.

A maior “falha” neste cenário, refere-se à perpetuação e imitação de determinado modelo e competências pré-estabelecidas em detrimento da aquisição do corpo de conhecimentos necessários à prática docente (Alarcão e Tavares (2003).

#### Cenário clínico

A supervisão clínica é outro cenário identificado por Alarcão e Tavares (2003). Numa tentativa do professor ser agente dinâmico no-processo de mudança do ensino, Cogan, Goldhammer e Anderson desenvolveram e implementaram nos anos cinquenta do século passado, o modelo de supervisão clínica direccionado para as dificuldades e necessidades sentidas pelos professores em formação. Este modelo é caracterizado pela estreita colaboração existente entre professor e supervisor com vista ao aperfeiçoamento da prática docente, assentando as suas bases na observação e análise das situações reais do ensino.

Segue quanto a nós uma linha de orientação próxima do modo de trabalho pedagógico do tipo incitativo de orientação pessoal de Lesne. É portanto numa perspectiva colaborativa e não directiva que se realiza a supervisão. Esta desenrola-se por fases que compreendem três elementos do ensino: planificar, interagir e avaliar.

A colaboração entre professor e supervisor é o elemento-chave neste modelo, em que o papel do supervisor é estar disponível para ajudar o professor a repensar e analisar o seu próprio trabalho, no sentido de ultrapassar as dificuldades com que se depara.

Apresenta-se como um modelo favorecedor da resolução de problemas encontrados no decurso da actividade profissional onde o adulto *“...tem de aprender a fazer fazendo, compreendendo o que faz e agindo de forma a ultrapassar situações que se lhe apresentem problemáticas e cujas soluções têm de passar por ele.”* (Alarcão e Tavares 2003, p.27). O professor é o agente dinâmico da sua formação, e dele parte a solicitação para a colaboração do supervisor.

De acordo com Alarcão e Tavares, este modelo é mais adequado à formação contínua, mas contém elementos de interesse que podem ser usados na formação inicial. O processo termina com a avaliação do ciclo da supervisão efectuada, em que os elementos da avaliação são usados no ciclo seguinte.

### Cenário psicopedagógico

A partir dos trabalhos de Stones (1984) surge o cenário psicopedagógico da supervisão, em que o autor explica que o ensino/aprendizagem é favorecido quando se toma como ponto de partida o grau de desenvolvimento do aluno.

A sua origem situa-se a partir da psicologia do desenvolvimento e aprendizagem (Piaget, Brunner, Skinner entre outros). Fazer supervisão é neste âmbito, *“ensinar conceitos, ajudar o professor a desenvolver capacidades e competências, ensiná-lo a explorar conhecimentos de que dispõe para resolver os problemas ...”* (Alarcão e Tavares 2003, p.29). Neste cenário tal como no cenário de supervisão clínica é colocado ênfase na resolução de problemas como uma meta a atingir.

### Cenário pessoalista

Salientando a importância da pessoa e do seu desenvolvimento surgem programas de formação de professores a par com e baseados em correntes fundamentalmente filosóficas e psicológicas. Esses programas tiveram por

base o auto-conhecimento ou auto desenvolvimento e as necessidades sentidas pelos professores em formação.

O grau de desenvolvimento dos professores estava ligado à menor ou menos facilidade com que conseguiam levar os alunos a aprender e às capacidades em utilizarem modelos de ensino mais diversificados, que fossem favoráveis à aprendizagem pela descoberta ao mesmo tempo estando também relacionada com a incentivo aos alunos no que diz respeito à expressão de opiniões próprias ou mesmo contrárias às apresentadas.

Posteriormente num estudo de investigação realizado em Portugal por Ralha-Simões em 1995 (citados por Alarcão e Tavares 2003), essa relação íntima entre desenvolvimento pessoal e desenvolvimento profissional não ficou estabelecida já que foi encontrado um nível elevado de competências profissionais em indivíduos num estadio de desenvolvimento pessoal inferior.

É considerado que a par e passo com a criação de condições que permitam o desenvolvimento pessoal, o mesmo deve ser feito em relação ao desenvolvimento profissional. Assim a formação:

*“deve atender ao grau de desenvolvimento dos professores em formação, às suas percepções, sentimentos e objectivos; deve organizar experiências, vivências e ajudar os professores a reflectir sobre elas e suas consequências assim como sobre as percepções que delas têm os intervenientes, sobretudo o próprio professor”.*  
(Alarcão e Tavares 2003 pág. 34).

Estas condições levam ao desenvolvimento do auto conhecimento estando assim criados os princípios para o desenvolvimento pessoal e profissional.

### Cenário reflexivo

A imprevisibilidade e a incerteza dos contextos profissionais requer dos profissionais a capacidade de integrar ciência, técnica e arte por forma a

praticarem a sua actividade situada no conhecimento profissional e na prática. São definidos os passos a seguir para que tal seja possível.

A reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção devem ser encorajadas no formado. Esta prática deve “... *ser acompanhada por supervisores que, experientes, detenham as competências para orientar, estimular, exigir, apoiar, avaliar...*” (Alarcão e Tavares 2003, pág. 35). A formação acontece utilizando as situações concretas usando uma metodologia de aprender a fazer fazendo e reflectindo à medida que se faz.

As estratégias de supervisão enfatizadas neste cenário são: a experimentação em conjunto, a demonstração acompanhada de reflexão e a experiência multifacetada cujo objectivo é permitir a resolução de problemas através do diálogo e interacção constante entre a situação e os contributos das várias áreas do saber, reformulando, reapreciando, criticando etc. à medida que se avança.

Os contributos da abordagem reflexiva permitem ao formando o desenvolvimento da autonomia no exercício profissional. Este cenário baseia-se no trabalho desenvolvido por Schön relativo ao prático reflexivo.

### Cenário ecológico

A abordagem ecológica do desenvolvimento profissional foi concebida por Alarcão, Sá-Chaves e Oliveira- Formosinho a pensar nos educadores e professores sendo inspirada no modelo de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979 referido por Alarcão e Tavares 2003).

A supervisão neste cenário requer a compreensão das interacções que se estabelecem nos contextos e as relações entre eles. Os contextos que aqui são perspectivados são de natureza micro, macro e meso. O primeiro diz respeito aos micro sistemas onde os profissionais se inserem com maior proximidade. Tanto o macro como meso sistemas, formam redes estruturais complexas que integram os microsistemas interagindo entre si logo influenciando de forma indirecta o profissional e os contextos onde desenvolve a sua actividade.

Alarcão e Tavares (2003), associam a supervisão a um processo:

*“de proporcionar e gerir experiências diversificadas, em contextos variados, e facilitar a ocorrência de transições ecológicas que, possibilitando aos estagiários o desempenho de novas actividades, a assunção de novos papéis e a interacção com pessoas até aí desconhecidas, se constituem como etapas de desenvolvimento formativo e profissional” (p.37).*

A interacção entre o ambiente interinstitucional e os indivíduos influencia o desenvolvimento pessoal e profissional, ambos em constante transformação.

Desta forma, a interacção com o meio mais próximo e o envolvente oferecem as condições para se intervir nos contextos alterando-os ou modificando-os sintonizando capacidades e recursos internos ao próprio ou capacitando e utilizando os potenciais do meio envolvente favorecendo portando o saber fazer, saber estar e saber ser do formado.

Alarcão e Tavares (2003) referem como essencial a existência de parcerias na formação de professores. Transpomos para a formação inicial de enfermeiros esta necessidade de parcerias. Tais parcerias deixarão no entanto de o ser se não incluírem entre outros debates , negociações , planificações conjuntas e partilha de atitudes e saberes bem como a investigação conjunta.

## 1.2 - PAPEL DO ENFERMEIRO ORIENTADOR NO PROCESSO DE SUPERVISÃO

Os enfermeiros da prática que orientam os alunos, são responsáveis pelo desempenho das suas funções em concomitância com a função orientação, relativa aos alunos em ensino clínico.

Para os alunos pode significar por outro lado uma mais valia se considerarmos que desta forma passam a estar integrados no ambiente real de trabalho, tomando consciência dos diferentes aspectos associados. Este espaço também influencia a construção da identidade profissional e permite a socialização, que contribuem para o “conhecimento e consciência de si” enquanto pessoa e profissional, à medida que a noção de individualidade e auto-conhecimento se sedimenta.



Também a noção do indivíduo face a si e aos outros, entra numa nova ordem, caracterizada por sentimentos de unidade e pertença em que os indivíduos que “comungam” as suas vivências num determinado ambiente partilham de forma consciente ou inconsciente, determinados saberes, atitudes, comportamentos, modos de pensar e agir resultantes da sua movimentação nesse meio.

Neste sentido processam-se trocas de forma percebida ou não pelo indivíduo, que acaba por adicionar algo de seu aos elementos presentes no quotidiano do exercício profissional, tal como é perspectivado pela sociologia das profissões.

Ao enfermeiro é delegada a função de orientar alunos (habitualmente um por ensino clínico) sem muitas contrapartidas. Pela diminuição constante dos recursos humanos nos serviços, fruto da privatização, não é dado tempo aos enfermeiros para a supervisão, contribuindo este factor para o stress e ansiedade dos profissionais. A Carreira de Enfermagem actualmente não atribui nenhum grau específico em relação à orientação dos alunos, resultando num desinvestimento e desinteresse dos enfermeiros nessa área.

As ciências da educação “trouxeram” para as escolas de enfermagem a perspectiva profissionalizante dos professores com uma tradição de orientação do ensino clínico por um profissional da prática. Num clima de abertura por parte das escolas de enfermagem, os ensinamentos clínicos à semelhança da formação dos professores passaram a ser orientados por um profissional da prática (enfermeiro “perito”) designado habitualmente pela chefia da instituição de saúde.

Com a licenciatura em enfermagem e o complemento de formação para os profissionais detentores do grau de Bacharelato, os enfermeiros voltaram à escola durante um ano e receberam formação em áreas como investigação, formação e enfermagem que abriram pontes entre a prática e as novas teorias de formação na escola. No entanto esta formação não foi suficiente para “habilitar” os enfermeiros em termos de competências supervisivas.

O processo inicia-se portanto sem acautelar a formação dos orientadores e sem uma parceria Escola/Instituição. Por outro lado, não existe

definição do papel do enfermeiro da prática para a orientação/supervisão dos alunos, nem houve formação para o desempenho desta função, o que faz com que os enfermeiros tenham um desconhecimento sobre a forma como se processa a aprendizagem dos alunos e consequentemente das metodologias que possam fomentar a mesma. Apesar desta realidade e das dificuldades resultantes, os enfermeiros da prática, tendem a utilizar diversas metodologias, baseando-se essencialmente num exercício de memória anterior, e da forma como relembra determinadas metodologias associadas a sucesso na aquisição das suas competências.

O único modelo de orientação era o seu próprio modelo ou seja, o modelo a que foram submetidos enquanto alunos. Alguns enfermeiros no âmbito da sua consciência crítica e visão cuidativa, reformularam o modelo, no sentido do orientador ser alguém mais próximo do aluno facilitando momentos de aprendizagem e desenvolvendo uma relação de ajuda com o aluno, à semelhança do modelo humanista de Rogers. Outros perpetuaram o modelo directivo a que foram submetidos. No entanto o fruto da prática enquanto orientadores foram desenvolvendo estratégias de orientação das práticas através da sua auto formação e questionamento das suas práticas de orientação.

Vários estudos sobre os orientadores (por exemplo McIntyre, Hagger e Wilkin, 1993; Furlong e Maynard, 1995) referidos por Tardif (...), apontam para a diversidade de formas em que os orientadores influenciam os alunos estagiários. Relativas à formação de professores, apresentamos adaptadas por a nosso ver melhor se adequarem ao contexto do nosso estudo:

- Influência por exemplo – o orientador funciona como um modelo, quer através do seu comportamento, ou sugerindo ideias e actividades específicas para ultrapassar dificuldades.

- Influência pelo treino – a um nível específico implica a decomposição de tarefas em partes, bem como a observação e discussão. Baseia-se em suporte directo e progressivo com prática repetida e discussão participada.

- Influência através da prática de discussão – pode envolver a discussão abstracta de teorias ou ideias teóricas e as suas implicações na prática. Favorece ainda a aprendizagem do aluno na medida em que este aprende sobre a prática conversando e clarificando aspectos dessa prática.

- Influência através da estruturação do contexto – ainda que os recursos e formas de trabalhar em determinado contexto estejam estabelecidas, há sempre a possibilidade de reconduzir actividades, desviando-se portanto de copiar ou seguir determinado estilo de trabalho, possível através da negociação e discussão com o orientador.

- Influência através de experiências de ensino inventadas – dando lugar à construção de situações específicas, que levem o estagiário a conhecer melhor determinada área.

- Influência através do apoio emocional – o apoio e encorajamento dos orientadores é um factor importante para manter o estagiário motivado e com maior segurança.

Por outro lado mas em associação com a influência que o orientador exerce sobre os alunos, aquele objectiva a sua prestação no sentido de um melhor desempenho. Como tal aparecem identificadas como importantes determinadas áreas de competências para o desenvolvimento do orientador:

- Desenvolver uma linguagem para discutir o ensino – o orientador deve ser capaz de desenvolver uma linguagem que lhes permita falar acerca do que fazem, como e porquê enquanto orientador. A prática que provém da sua experiência por si só não é suficiente se não conseguir dialogar sobre ela.

- Ser um praticante competente capaz de demonstrar uma variedade de práticas – terá de ter consciência das estratégias didacto-pedagógicas ou modos de trabalho que utiliza enquanto orientador. A este propósito apresentamos dimensões de competência pedagógica que Simões e Simões (1997) a partir de Zimpher e Howey (1987), descrevem:

- ♦ Dimensão técnica – refere-se ao domínio de capacidades e conhecimentos técnicos ligados à situação educativa. Compreende a determinação antecipada de critérios e o modo com a acção educativa deve ser conduzida. Liga a teoria, a técnica e a própria experiência do orientador no que concerne a uma boa prática educativa. A pesquisa é do tipo investigação-acção, no âmbito de análise de tarefas e resolução linear de problemas, para atingir objectivos predefinidos.
- ♦ Dimensão clínica - a resolução de problemas neste caso está ligada à imprevisibilidade dos mesmos. Remete para a capacidade em resolver problemas no contexto educativo, associando a reflexão no decurso da acção educativa.
- ♦ Dimensão crítica – o formador nesta perspectiva é um agente de mudança que atende à situação educativa sem perder de vista o contexto social, equacionando injustiças, desigualdades de acesso ou oportunidades, neste sentido sendo moralmente autónomo e capaz de tomar decisões justas. O sentido de justiça social leva-o a criticar estereótipos e relações permissivas e autoritárias.
- ♦ Dimensão pessoal – relacionada à formação da identidade, e à criação de um estilo próprio. É um estratégia que integra reflexão na compreensão de si e na interpretação das interacções interpessoais, envolvendo-se activamente na clarificação de valores e nos problemas educativos.

- Capacidade de aconselhamento – aconselhamento neste sentido significa o orientador conhecer as ansiedades, dúvidas e desapontamentos que o estagiário enfrenta, e ao mesmo tempo conhecer os mecanismos próprios de ajuda para enfrentar essa ansiedade.

- Estabelecer metas – o orientador tem o papel de ajudar o formando a estabelecer metas de trabalho exequíveis, apropriadas e motivadoras.

- Entender os desenvolvimentos profissionais – tanto na perspectiva de desenvolvimento do formando como do orientador, este necessita de entender na sua globalidade, os diferentes níveis de desenvolvimento dos actores e em que medida a formação que se desenrola no serviço, produz ganhos e quais.

- Abertura para avaliar a sua própria prática – é necessária uma capacidade de reflexão e análise sobre a sua própria prática, avaliando-a.

- Colegialidade – a auto-avaliação conjunta produz um ambiente onde se torna favorável a identificação de experiências de aprendizagem potenciais para si e para os colegas e estagiários.

Assim o orientador deve ser capaz de estar envolvido na orientação dos alunos, avaliar práticas, seleccionar e analisar actividades em contexto que possam constituir-se como facilitadoras do desenvolvimento de competências. Deve estar sensibilizado para a construção do saber na acção e para a aproximação entre a teoria e a prática.

Salientamos como competências do orientador enfermeiro:

- ♦ Relações interpessoais
- ♦ Relações humanas
- ♦ Promover relação escola - Instituição de saúde
- ♦ Competências profissionais agindo deontologicamente, encarando a pessoa como ser biopsicosocial e cultural promovendo a saúde e utilizar metodologia de resolução de problemas de forma reflectida.
- ♦ Deve estar envolvido na construção do saber e melhoria das práticas

Assim e no âmbito das competências profissionais da Ordem dos Enfermeiros o enfermeiro orientador actua de acordo com a ética profissional, promovendo a saúde e a valorização profissional, promove a imagem do enfermeiro e contribui para o desenvolvimento da prática. Actua como modelo, envolve-se na melhoria da qualidade e auto-formação, reflecte e discute as práticas em conjunto, numa perspectiva de construção do conhecimento. Esta interacção permite ao orientador da prática seleccionar actividades e situações no contexto, que conduzam à reflexão do aluno. O orientador fornece os

instrumentos ao desenvolvimento dos saberes profissionais, situação, reflexão, espírito crítico, partilha e discussão no sentido de desafiar o aluno.

É no âmbito da escolha de situação do contexto que o orientador inicia a actividade de articulação teoria/prática que se efectua na reflexão partilhada e discussão. Neste âmbito Magão (2003) refere três funções do orientador:

- Dar suporte
- Desafiar
- Ajudar a perspectivar

Dar suporte, já explorado por outros autores significa o estabelecimento de uma relação de empatia que se desenvolve no sentido de uma relação de ajuda utilizando técnicas de comunicação, “escuta activa, disponibilidade” e reforço positivo (feedback) a situações ou tarefas desempenhadas pelo aluno com sucesso. Ao mesmo tempo o orientador deve servir de “exemplo” o que Magão refere como partilhar-se, no nosso entender adequa-se à orientação do ensino clínico na medida em que o orientador deve procurar também que o aluno presencia algumas das suas práticas como profissional, procurando reflectir sobre a sua própria actuação o que se revela construtivo para o orientador e aluno.

A função de suporte do orientador também se enquadra na função de tutor na medida em que é cuidador (do aluno) e ao mesmo tempo advogado procurando mediar as situações de forma que o aluno desenvolva a sua aprendizagem evitando o conflito, num ambiente propício ao desenvolvimento e com sensação de bem-estar. Neste ponto da relação o orientador deve utilizar de forma faseada as experiências para evitar estadios de ansiedade que se possam constituir como obstáculo ao desenvolvimento do aluno.

O orientador deve combinar com o aluno tarefas, estabelecer padrões e avaliar incidentes que sirvam de instrumentos ao aluno para construir o seu projecto de desenvolvimento. Nesta perspectiva o orientador deve:

- *“Acompanhar o estudante desde o início e ao longo de todo o ensino clínico no local de estágio*
- *Estabelecer um contrato; encorajar o estudante a auto avaliar e identificar objectivos a atingir durante o estágio*

- *Discutir e acordar sobre os recursos e estratégias necessárias à sua aprendizagem*
- *Planear as experiências de aprendizagem para que as competências do módulo possam ser atingidas*
- *Encorajar a auto avaliação por parte do estudante e avaliar os resultados da aprendizagem (...)*
- *Identificar e assegurar a existência de oportunidades de reflexão do estudante sobre as suas experiências (...)*
- *Utilizar o 'parceiro escola' por tudo o que for necessário"*

Magão (2003, p.8)

O orientador deve ver o aluno numa perspectiva holística mas tendo sempre como perspectiva a autonomia e a responsabilidade pelo seu projecto de vida, em semelhança ao cuidar em enfermagem. Procura-se tal como no doente que o aluno se torne independente e responsável pela sua actuação e pela continuação do seu projecto de vida. Procura-se para isso uma relação de confiança com o aluno que permita ao orientador uma tomada de consciência das potencialidades e limites existentes.

Este processo de orientação segundo a mesma autora deve iniciar-se por fases:

- Para o aluno se sentir confortável nos primeiros dias deve acompanhar o orientador nas suas actividades, observando e reflectindo sobre as situações.
- Numa fase seguinte o aluno inicia a prestação de cuidados sob supervisão do orientador que vai dando indicações ou esclarecendo dúvidas no momento.
- Numa terceira fase pressupõem-se que o aluno já tenha adquirido confiança e alguma autonomia e divida as suas actividades com o orientador, responsabilizando-se pelos seus actos e com consciência de que poderão implicar assumir-se como "parceiro do orientador".

Neste ponto sabe-se que a responsabilidade última é do orientador pelas acções do aluno o que implica uma avaliação do estadio de autonomia e responsabilidade assumidas do aluno na relação orientador/aluno. Neste

âmbito o orientador deve estar envolvido no processo com vontade própria, o que implica investimento na orientação. Deve ter competências interpessoais de gestão dos contextos e conhecimento do conteúdo teórico e prático escolar. Deve ainda ter um conhecimento de si próprio, das necessidades dos sujeitos e dos contextos, competências essas que se interligam às dos docentes relativamente ao seu conhecimento profissional.

Sá-Chaves refere esses conhecimentos como sendo (2000, p.10):

- ♦ *“Conhecimento do conteúdo*
- ♦ *Conhecimento curricular*
- ♦ *Conhecimento pedagógico geral*
- ♦ *Conhecimento pedagógico do conteúdo*
- ♦ *Conhecimento do contexto*
- ♦ *Conhecimento do aprendente e as suas características*
- ♦ *Conhecimento dos objectivos, fins e valores educacionais*
- ♦ *Conhecimentos de si próprio*

A orientação dos alunos no ensino clínico implica atendendo aos diversos contributos teóricos, o desenvolvimento e formação do aluno e do enfermeiro orientador.

### 1.3 - PAPEL DAS PARCERIAS NO ENSINO CLÍNICO

O desenvolvimento de parcerias entre algumas Escolas e Instituições de Saúde tem vindo a tornar-se uma realidade, no entanto não está generalizada, pois a formação dos enfermeiros que supervisionam as práticas clínicas é limitada a essas situações. A colaboração efectiva entre escola e profissionais da prática, no que diz respeito a estratégias de ensino/aprendizagem integradas nos ensinamentos clínicos dos alunos, parece-nos pertinentes tendo em conta os contributos teóricos nesta área.

Pressupõe a emergência da figura de formador do terreno (Tardif, 2006)), no caso da formação inicial dos enfermeiros na pessoa do enfermeiro orientador da prática, figura essa que desse corpo a um profissional capaz de reflectir sobre o que faz na prática, compreendendo o sentido do agir



profissional através da análise das suas práticas, das rotinas a elas associadas e portanto activar mecanismos congruentes de modificação e alteração de certezas não fundamentadas, prováveis crenças ou hábitos de trabalho.

À partida, seria necessário uma formação conjunta do formador e do docente, consentânea a uma cultura comum de trabalho no terreno. O trabalho do orientador e aluno seguiriam numa linha de coprodução de um projecto de formação negociado entre os actores. O problema da colaboração entre formadores-praticantes no terreno e os formadores teóricos, provenientes de corpos diferentes levaria assim ao desenvolvimento da cultura profissional de actor (orientador) que está por construir, referindo Tardif (2006) que na sua origem se encontra a pesquisa pouco partilhada entre os actores.

Seria portanto necessário existir uma linguagem e práticas comuns entre os actores para:

*“reconstruir, reequilibrar os problemas encontrados num quadro teórico, analisar os processos, identificar os mecanismos de funcionamento e produzir em conjunto numa pesquisa partilhada, colaborativa, saberes formalizados sobre as práticas e situações pedagógicas” ( Tardif .p.74).*

Também Campbell & outros (2000), citados por Abreu (2003) referem objectivos de aproximação nas parcerias, dos quais destacamos:

- programas conjuntos de formação que contemplem as temáticas relacionadas com a prática clínica; planeamento da formação, estratégias de ensino/aprendizagem, avaliação da formação
- contribuição para um desenvolvimento profissional, pela aproximação conjunta em actividades académicas e estudos integrados, bem como o apoio a actividades de investigação.
- partilha de saberes e de práticas baseadas na evidência

A parceria docente/profissional deverá desenvolver-se no âmbito da complementaridade e co-responsabilidade. Ao enfermeiro da prática seria

atribuída a designação de “tutor”. Abreu (2003) refere neste âmbito as funções do docente e do tutor. (Quadro nº1)

Quadro nº 1 – Funções do docente e tutor

Docente	Tutor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade global pelo estágio dos alunos;</li> <li>• Apoio e trabalho com os tutores;</li> <li>• Manter uma relação pedagógica com os alunos, acompanhando e mediando aprendizagens;</li> <li>• Colaborar em actividades de formação ou de investigação na unidade de cuidados;</li> <li>• Conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade;</li> <li>• Trabalhar com os alunos os objectivos da aprendizagem e a relação da formação clínica com a ministrada em sala de aula;</li> <li>• Aprovar reuniões conjuntas com os alunos e tutores, com o objectivo de avaliar os progressos da aprendizagem;</li> <li>• Constitui-se como recurso para os alunos e para os tutores;</li> <li>• Avaliar, em permanência, a adequação entre as experiências de aprendizagem e o currículo global;</li> <li>• Proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores;</li> <li>• Avaliar as experiências de tutoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitar constituir-se como “modelo” para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem;</li> <li>• Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho;</li> <li>• Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, em como entre os alunos e os docentes;</li> <li>• Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação de alunos;</li> <li>• Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos;</li> <li>• Respeitar as normas e as regras em vigor no serviço;</li> <li>• Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a pressecução dos objectivos operacionais;</li> <li>• Assegurar-se da pertinência e adequação da experiências facultadas ao aluno;</li> <li>• Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação;</li> <li>• Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos;</li> <li>• Facultar informação sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;</li> <li>• Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador.</li> </ul>

A operacionalização das parcerias escola/instituição compreende a utilização de modelos de orientação da prática clínica, funcionando nos seguintes moldes (Abreu, 2003):

- *Persceptorship* - definido como um processo de tutoria em que o profissional experiente dá apoio emocional, inspira o aluno constituindo-se como modelo, responsabilizando-se pelas aprendizagens do formando, durante um período limitado de tempo com o objectivo de facilitar o processo de sociabilização e a aproximação do formando ao seu papel de profissional.

- **Mentorship** – Este modelo baseia-se numa relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas um profissional experiente e a outra o formando. Inicialmente o formando necessita de maior supervisão e acompanhamento. Parte de uma relação de maior dependência do formando em relação ao formador (mentor), evoluindo para uma supervisão menos directa à medida que o formando vai ganhando autonomia.

- **Multitutor** – Preconiza a existência de dois ou mais tutores em simultâneo a dar apoio a dois ou mais formandos. Este modelo permite atender às diversas dimensões do processo de aprendizagem com recurso às diferentes capacidades dos tutores potenciando deste modo as estratégias de ensino – aprendizagem mais adequadas à situação.

- **O modelo Integrativo** – Este modelo pressupõe uma interactividade entre ensino teórico e prático a ocorrer no contexto de trabalho. Tanto os docentes como os enfermeiros reconhecem o contexto de trabalho como meio propício ao incentivo à reflexão associadas à teoria e à prática e à forma como essa relação coexiste, em que se fundamenta e como se processa, por outras palavras o objectivo conjunto é fornecer as bases e pistas para que o aluno se transforme em profissional reflexivo.

Saupe (2002) refere que a tutoria deve levar o aluno em direcção à conquista da sua transformação em enfermeiro. A mesma autora enfatiza ainda as dimensões cuidativa e formativa. Na primeira associada a encontros de tutores com os grupos pelos quais são responsáveis para assim identificar, aferir e encaminhar problemas específicos de ajustamento, integração ou exclusão. A segunda dimensão tem como objectivo providenciar ao aluno suporte pedagógico que o auxilie a melhorar o seu desempenho académico, seja nas habilidades técnicas, nas competências ou na socialização. Assim a dimensão educativa funciona como reforço na perspectiva de desenvolver a capacidade de estudar e aprender com maior eficácia.

Na primeira parte que agora terminamos, inserimos os contributos teóricos que considerámos relevantes para o estudo. Na segunda parte deste trabalho iremos apresentar o estudo empírico.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

No ensino clínico os alunos irão desenvolver actividades práticas fazendo apelo aos construtos anteriores, procurando desenvolver competências iniciais interiorizando como essencial na sua formação presente e futura, a reflexão sobre as acções que desenvolve. É portanto fulcral que o ensino clínico se revista de elementos que permitam ao futuro profissional, situar-se no limiar de um percurso formativo conducente à sua formação integral como profissional e como pessoa.

Nesta fase da formação, entram em jogo quer as lógicas da formação inicial, quer as lógicas do trabalho onde os papéis dos actores entram em interacção conjugando os elementos de aprendizagem comuns mas também os distintos. Os enfermeiros orientadores encontram-se inseridos num meio mediado pelas situações concretas de trabalho, pelas relações interpessoais e profissionais, num espaço onde diversas forças de poder se influenciam mutuamente. O individual e o colectivo associam-se nas actividades que desempenham. O aluno vem complementar a sua formação num meio onde o enfermeiro orientador da prática lhe vai “permitir” o encontro com a realidade profissional.

### **1- DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO**

D’Espiney (1999, p.11) diz-nos que a enfermagem:

*“...não é possível reduzi-la a um conjunto simples de actividades, de técnicas e procedimentos que se executam...é uma prática que se reveste de grande complexidade não só porque trabalha com o ser humano, mas também porque mobiliza um valor que se constitui como supra-ordenado: a vida”.*

Este é quanto a nós o sentido que tem estado subjacente e tem orientado quem nas variadas funções do ensino na formação inicial em enfermagem é responsável, desde a concepção dos programas curriculares até

à concepção do ensino clínico e orientação dos alunos durante todo esse processo.

O orientador acompanha o aluno nesta fase da formação, em que o aluno toma consciência do mundo do trabalho associando-o ao mundo do ensino. Esta complementação da formação decorrente da alternância do ensino, assume particular relevância para o aluno que em breve irá confrontar-se na primeira pessoa com a singularidade da responsabilidade profissional de cuidar da pessoa como valor absoluto.

Cada um dos actores em interacção trabalha para que essa premissa esteja assegurada. Ao aluno cabe-lhe a responsabilidade de se envolver como sujeito activo na sua aprendizagem e formação, o docente enfermeiro é o responsável pela concepção, planeamento e condução do processo formativo, e o enfermeiro orientador como um facilitador do processo, dada a sua posição de privilégio por se encontrar inserido no contexto da prática profissional também com responsabilidade no contexto formativo. Ao acompanhar o aluno em permanência durante o ensino clínico, pode constituir-se como uma mais valia e um marco de referência para o aluno, e para as aprendizagens entendidas.

Partindo deste pressuposto revela-se de fulcral importância entender como acontece na prática esse acompanhamento. Contudo importa fazer referência a um estudo de Polifroni e outros (referidos por Abreu, (2003), considerando 75% do tempo de práticas clínicas dos alunos, não sendo supervisionado pelos docentes. É certo que os alunos estão acompanhados pelos enfermeiros da prática nas Instituições; mas por outro lado temos que num estudo realizado por Rajj (2000), citado por Abreu (2003), em que pretendia averiguar as aprendizagens em contexto clínico, os profissionais de enfermagem nem sempre entendem que orientar alunos faz parte das suas funções.

Da mesma irregularidade nos dá conta Higarashi (2003). Num estudo realizado pela autora em que caracterizou o estágio supervisionado de

enfermagem em ambiente hospitalar, enquanto espaço de ensino/aprendizagem na perspectiva dos alunos, destaca-se; a falta de uma orientação didáctico-pedagógica e metodológica na condução do processo; a inexistência de canais de comunicação efectiva entre docentes-alunos-equipa; enfoque do ensino para a racionalidade técnica; falta de mecanismos ou estratégias que permitam ao aluno desenvolver uma postura crítico-reflexiva e problemas na interacção em situações de ensino. A mesma autora sugere a promoção de núcleos de formação, reflexão, avaliação e pesquisa das práticas de voltadas para as questões do ensino, de forma a permitir um desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo de ensino clínico.

O papel dos orientadores clínicos na formação em parceria foi estudado por Carvalhal (2003). A autora analisou a valorização relativa à dimensão professor, à dimensão enfermeiro e à dimensão pessoa, atribuídas pelos actores professores, enfermeiros e estudantes do curso superior de enfermagem ao papel do orientador clínico incluídos neste papel o professor e o enfermeiro. Concluiu coexistirem concepções distintas do papel de orientador clínico. Uma baseada num paradigma holístico assente numa aprendizagem reflexiva em que o aluno participa de forma activa na sua aprendizagem, constituindo-se o orientador clínico como pessoa de recurso tendo como função apoiar o aluno no seu desenvolvimento. Outra concepção situada num paradigma positivista em que a aprendizagem clínica deriva da aplicação de conhecimentos esses essencialmente transmitidos pelo orientador clínico.

Os resultados destes estudos fazem-nos entender as aprendizagens em contexto clínico em enfermagem com contornos irregulares e pouco consistentes.

A nossa percepção não é suficiente para compreender a realidade, no entanto é a partir da nossa experiência como orientadora que surge o nosso interesse em compreender e analisar a realidade contextualizada e vivenciada por enfermeiros orientadores, atendendo ao seu papel de actores na orientação dos alunos de enfermagem.

Desde já salvaguardamos não pretendemos desenvolver teorias universais, mas sim dirigir o nosso olhar sobre as **representações dos**

**enfermeiros orientadores sobre o desenvolvimento de competências dos alunos no ensino clínico.** Tendo em conta a problemática diversas questões constituíram o nosso ponto de partida:

- Que representações têm os enfermeiros orientadores acerca do seu papel no decorrer do ensino clínico?
- Quais as componentes do ensino clínico que favorecem a aquisição de competências?
- Que competências do aluno são mais valorizadas pelo orientador?
- Como se processa a orientação dos alunos no ensino clínico?
- Que estratégias utiliza o orientador para promover o desenvolvimento de competências do aluno?

Pretendemos com a concretização desta pesquisa:

- Compreender os processos de orientação dos alunos em ensino clínico através da representação que os orientadores têm desses processos.
- Identificar as competências desenvolvidas pelo orientador e aluno, através das representações que o orientador tem dessas competências.

No âmbito deste trabalho de investigação considerámos pertinente situar os seguintes termos ou designações, por um lado devido aos diferentes termos encontrados na literatura e por outro para que possa ser claro para os leitores:

- Docente – referimo-nos ao enfermeiro que independentemente das suas habilitações académicas está associado ao ensino numa Escola Superior de Enfermagem e não exerce enfermagem na prática.

- Orientador – refere-se ao enfermeiro que independentemente das suas habilitações académicas exerce a profissão de enfermagem na prática e orienta alunos em ensino clínico, não estando associado ao ensino em nenhuma Escola Superior de Enfermagem.

De seguida iremos apresentar os métodos e técnicas de investigação que nos pareceram mais adequadas a utilizar no nosso estudo.



## 2 - METODOLOGIA

À medida que foi definido o objecto de estudo e atendendo às características do mesmo, tornou-se evidente que a abordagem a adoptar seria de natureza qualitativa. Este tipo de estudo baseia-se na premissa de que *“os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos próprios actores”* Polit e Hangler (1995, p.270).

A investigação qualitativa, dá ênfase à descrição e indução, baseadas numa atitude de interpretação ao discurso subjacente por parte do investigador. Fortin (1999) refere que o papel do investigador ao utilizar métodos qualitativos, é o de procurar a essência dos fenómenos e o significado que os sujeitos atribuem a uma dada realidade. As fontes de informação são assim os sujeitos que participam nessas situações.

Por pretendermos analisar as representações e vivências dos enfermeiros orientadores dos ensinos clínicos, a nossa pretensão é a de procurarmos uma maior objectividade a partir da exploração dos discursos dos entrevistados, organizando os dados dando sentido aos objectivos da investigação pelo que o nosso estudo é do tipo exploratório e descritivo. Assumem maior importância as vivências reais dos sujeitos em interacção num contexto, onde existe a necessidade de estudar e compreender *“... os comportamentos a partir de sujeitos da investigação”*. Bogdan e Biklen (1994, p.16). Para o mesmo autor uma investigação de natureza qualitativa apresenta cinco características, podendo estas estar ou não presentes na sua globalidade:

- *na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal*
- *A investigação qualitativa é descritiva*
- *os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos*

- *os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva*
- *o significado é de importância vital na abordagem qualitativa. (1994, p.47-51).*

Atendemos a algumas destas características no decorrer da nossa investigação por considerarmos a essência das mesmas em consonância com o nosso objecto de estudo.

☺

## 2.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é constituída por todos os enfermeiros orientadores dos alunos do quarto ano em ensino clínico num Centro de Saúde da área da grande Lisboa. O Centro de Saúde engloba três extensões de saúde na mesma área pelo que a população abrange os enfermeiros orientadores dessas extensões de saúde. A escolha do campo de pesquisa tem por base os seguintes pressupostos definidos por nós:

- não escolhermos a Instituição onde exercemos actividade profissional,
- a área dos cuidados de saúde primários ser afastada da nossa área de actuação: a área hospitalar.

Esta decisão foi tomada para que nos pudéssemos distanciar permitindo imparcialidade.

Foi factor de inclusão na amostra os enfermeiros que tenham orientado alunos do 4º ano pelo menos nos últimos dois anos, pelo que a nossa amostra é de conveniência.

### 2.1.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

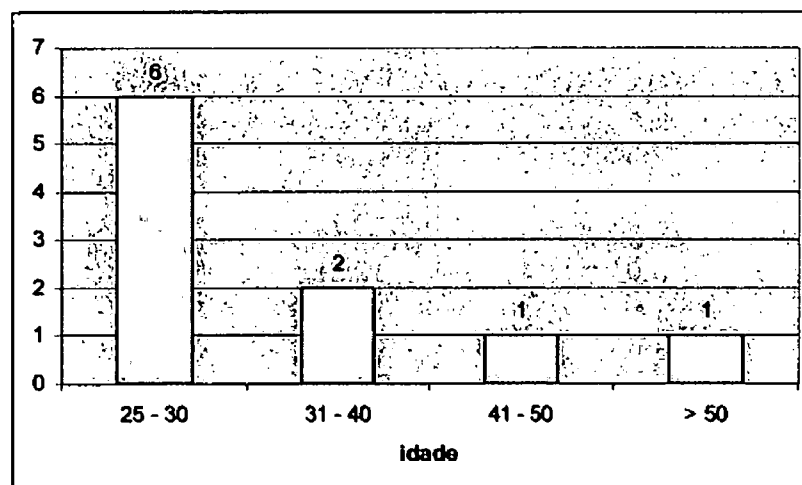
Foi solicitado aos sujeitos o preenchimento de uma ficha de identificação elaborada por nós (anexo I), através da qual obtivemos a informação que nos permite caracterizar os sujeitos do estudo.

## **- Género**

A amostra dos enfermeiros orientadores é constituída por elementos do sexo feminino na sua totalidade (100%).

## **- Idades**

Gráfico nº 1 – Distribuição dos enfermeiros orientadores segundo idades



Observando o gráfico nº1 constatamos que 60% dos enfermeiros se situam na faixa etária entre os 25 - 30 anos, 20% têm idade compreendida entre os 31 – 40 anos e 10% entre os 41 – 50 e com mais de 50 anos igualmente.

## **- Habilitações académicas**

Analisando o gráfico nº 2, constatamos que na sua grande maioria (70%) os enfermeiros têm licenciatura, 20% são especialistas, ao passo que apenas 10% tem o bacharelato em enfermagem.

## **- Formação específica para orientar alunos**

No gráfico nº3 apresentamos a distribuição dos enfermeiros quanto à formação específica para orientar alunos. A formação recebida foi em seminários de parceria nas escolas de enfermagem, tendo 80 % dos

enfermeiros realizado essa formação. 20% dos enfermeiros não possuem formação na área de orientação/supervisão de alunos.

Gráfico nº 2 – Distribuição dos enfermeiros orientadores segundo as habilitações académicas

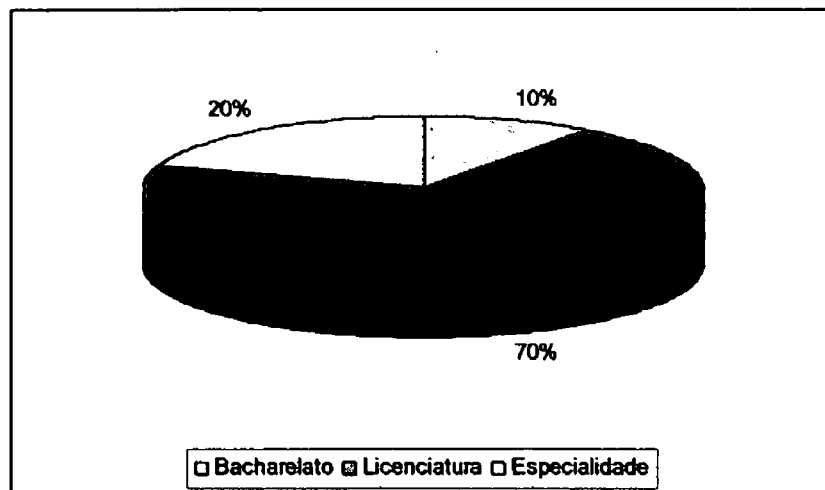
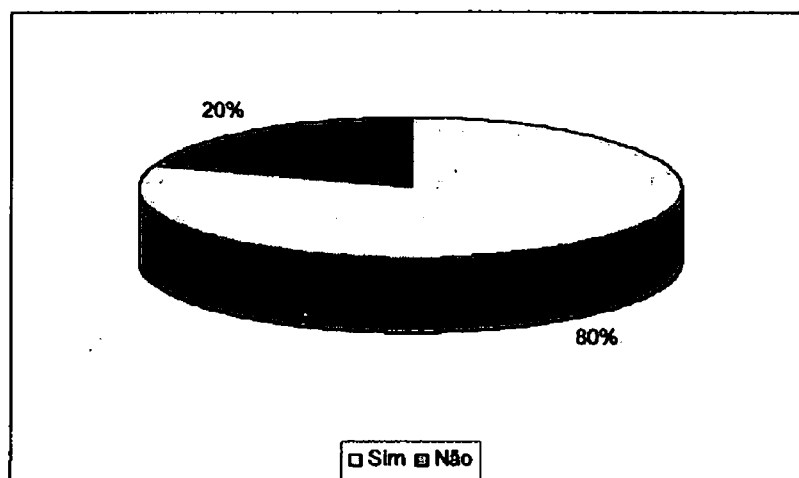


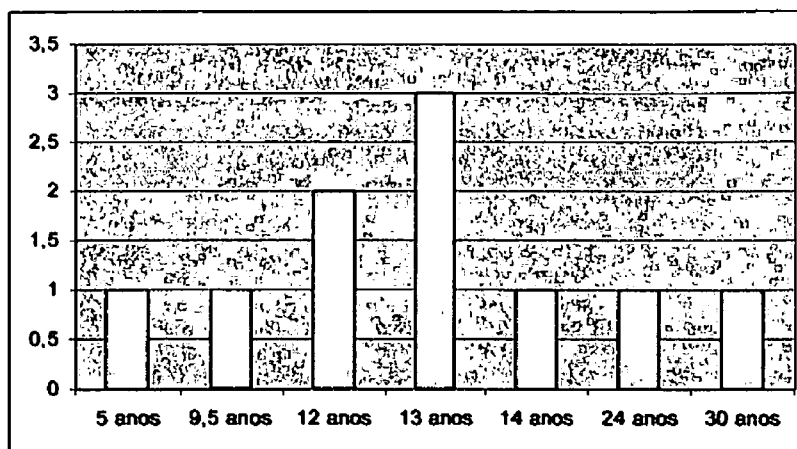
Gráfico nº 3 – Distribuição dos enfermeiros quanto a formação específica para orientar alunos



#### - Tempo de serviço na profissão

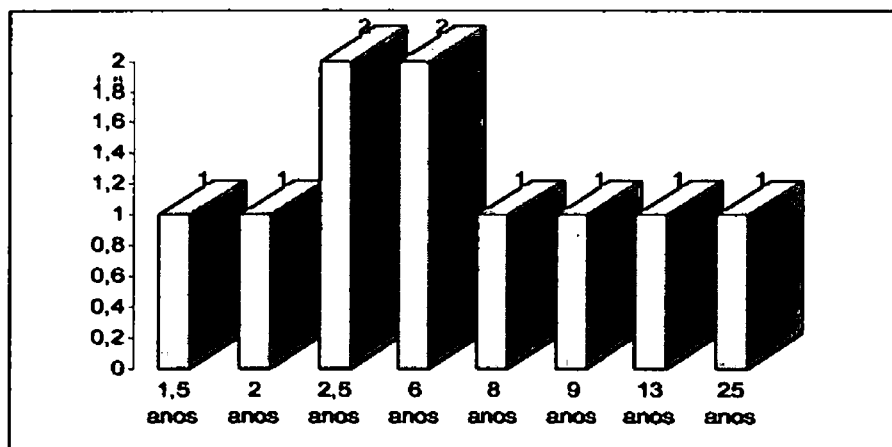
No gráfico nº 4 podemos ver que 30% dos enfermeiros têm 13 anos de profissão, 20% com 12 anos de exercício e os restantes enfermeiros com uma igualdade percentual de 10% situam-se os que referiram exercer a profissão à 5 anos, 9,5 anos, 14 anos, 24 e 30 anos de serviço.

Gráfico nº 4 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na profissão



#### - Tempo de serviço na Instituição

Gráfico nº 5 – distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na Instituição



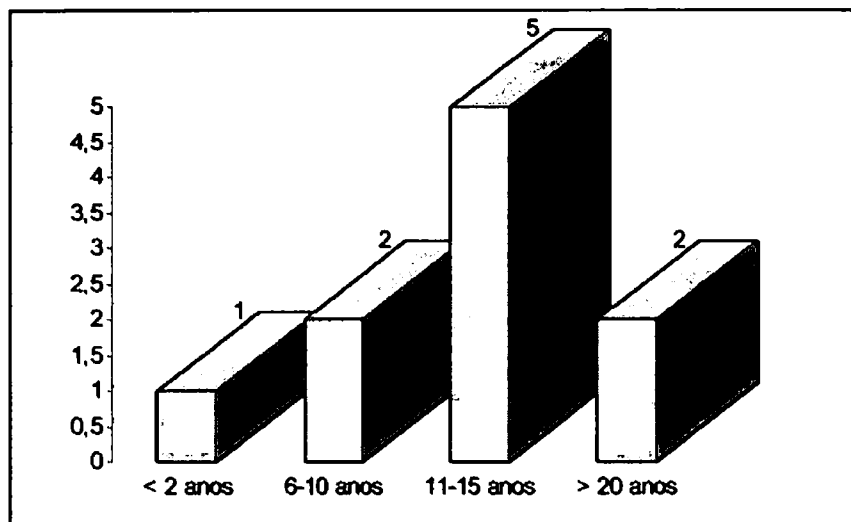
Observando o gráfico nº 5 podemos constatar que 20% dos enfermeiros estão na Instituição há 2,5 e 6 anos respectivamente, com 1,5 anos, 2 anos, 8 anos, 9 anos, 13 anos e 25 anos na Instituição situam-se os restantes enfermeiros em igualdade percentual de 10%.

#### - Anos de experiência como orientador

A média de anos como orientador situa-se entre os 11 – 15 anos com 50% dos enfermeiros neste intervalo. 20% dos enfermeiros situa-se no

intervalo de 6-10 anos, 20% orienta alunos há 20 ou mais anos e 10% dos enfermeiros orienta alunos há 2 ou menos anos.

Gráfico nº 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo anos de experiência como orientador



Concluimos que a amostra é constituída na sua totalidade por enfermeiros do sexo feminino, 60% dos enfermeiros têm entre 25 e 30 anos, 70% têm licenciatura, 80% dos enfermeiros frequentou cursos de formação específica em parceria para orientar alunos, a maior percentagem de enfermeiros tem 13 anos de serviço (30%), 60% dos enfermeiros estão na Instituição há 6 ou mais anos e que 70% dos enfermeiros orienta alunos há 11 ou mais anos.

### 2.1.2 - O PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados foi efectuada após solicitação por escrito à Direcção de Enfermagem do Centro de Saúde tendo sido obtida permissão para a realização do estudo. Assegurámos a confidencialidade pelo anonimato de quem respondeu.

Para Fortin (1999, p.261) *"O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com ajuda de instrumentos de medida para esse fim"*.

## A entrevista

A entrevista é uma das técnicas de colheita de dados privilegiada nos estudos exploratórios. Bogdan & Biklin (1994) referem que:

*“a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (p.134).*

Optámos pela entrevista semi-estruturada. O facto de ser apenas semi-estruturada também dá certa liberdade ao entrevistado e entrevistador, permitindo dar um maior relevo ao que ambos entendam ser relevante na compreensão da problemática.

## Guião da entrevista

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um guião de entrevista por nós elaborado (anexo II). O guião da entrevista foi estruturado com base nos objectivos delineados e nas questões da investigação, sendo os objectivos gerais delineados de forma mais detalhada com o intuito de evitar desvios significativos quanto ao tema em estudo. O tema geral no qual nos baseámos para estruturar o guião da entrevista foi o desenvolvimento de competências no ensino clínico. A partir daí desdobrámos o tema criando outros que entendemos ser necessário incluir por se encontrarem interligados e poderem contribuir para o nosso estudo.

Esses temas formaram os blocos temáticos do guião da entrevista. As questões a colocar aos entrevistados foram construídas antecipadamente, tendo servido mais como orientadoras pois privilegiámos colocar questões aos entrevistados que permitissem a continuidade do discurso, ou o aprofundamento de alguma questão menos clara.

Realizámos treze entrevistas tendo excluído três. Após a leitura das mesmas considerámos que o conteúdo das mesmas não acrescentar nada de significativo ou diferente das restantes.

No decorrer da entrevista as perguntas foram efectuadas de acordo com o desenrolar da conversa de forma a permitir maior fluidez no discurso. Utilizou-se o apoio áudio, procedeu-se à gravação áudio da entrevista e posterior transcrição.

O “corpus” da análise é constituído por todo o material presente nas entrevistas após a sua transcrição. Em anexo apresentamos o protocolo de entrevista (anexo III).

#### Técnica de análise de dados

A técnica de análise de dados utilizada por nós foi a análise de conteúdo. Vala (2003, p.103)) citando Krippendorff definiu a análise de conteúdo como *“uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas dos dados para o seu contexto”* permitindo assim obter informação relevante para o conhecimento de uma dada realidade.

Bardin (1979) refere que é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e analisadas. Refere que *“a leitura efectuada pelo analista do conteúdo da comunicação não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano”* (p.41). Ainda de acordo com a mesma autora a análise de conteúdo situa-se entre um pólo de objectividade e outro de subjectividade permitindo este último a inferência.

Vala (2003) refere ainda que a finalidade da análise de conteúdo é efectuar inferências com base numa lógica explicitada sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Trata-se da



desmontagem de um discurso e da construção e descrição de um novo discurso através de um processo de atribuição de significado.

## CAPÍTULO II – A PRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

### 1 – TRATAMENTO DOS DADOS

Após várias leituras das entrevistas (nesta fase leituras a que Bardin se refere de flutuantes), em que tentámos familiarizar-nos com o conteúdo das mesmas, passámos para o passo seguinte em que apoiados pela pesquisa bibliográfica e pelo nosso objecto de estudo, tentámos uma primeira aproximação às possíveis áreas temáticas.

Numa tentativa de seleccionar, simplificar e objectivar os dados através da sua segmentação e codificação, prosseguimos com o recorte do material em análise o que possibilitou a emergência das unidades de registo *“o mais pequeno fragmento de texto que tivesse sentido autónomo. Isto é que tivesse sentido para os objectivos da investigação e não perdesse sentido quando descontextualizado”* (Rodrigues 1999, p.382”. Este foi um trabalho moroso e complexo que nos levou a avanços e recuos na tentativa de agrupar por aproximação de significado, visando a categorização. A categorização foi surgindo da exploração do material em análise agrupado por significação.

Chegou-se então à definição das categorias, tendo-se procedido novamente à inserção do material em análise dentro dessas categorias. Nesta fase procedeu-se a alguns reajustamentos de categorias e à subcategorização dentro das categorias quando necessário por termos constatado a abrangência das categorias, com o intuito de facilitar a análise e compreensão das unidades de registo.

Neste sentido foram criados indicadores a partir das unidades de registo, passando *“...dos construtos dos sujeitos, geralmente em linguagem comum, aos construtos teoricamente informados de analista/investigador”* (Rodrigues 1999, p.384). O indicador passou a ser uma frase que se aproxima o mais possível do significado da unidade de registo.

Após a constituição da grelha de análise, (anexo IV) escolhemos duas entrevistas tomadas ao acaso e procedemos à análise das mesmas para verificar a adequação das categorias tendo-se procedido a pequenos ajustes ao nível de algumas subcategorias. Bogdan e Biklen (1994), referem que *“as grelhas de entrevistas permitem geralmente respostas e são suficientemente flexíveis para permitir ao observador anotar e recolher dados sobre dimensões inesperadas do tópico do estudo”* (p. 103).

Passámos de seguida à apresentação e análise dos dados obtidos. A abordagem será por área temática. Para a apresentação dos dados elaborámos quadros onde constem as categorias, subcategorias e indicadores que permitem maior visibilidade e facilidade de percepção. Os temas obtidos e a respectiva categorização apresenta-se em anexo (anexo IV). Como já referimos definimos áreas temáticas que explicitamos:

- Representação dos enfermeiros orientadores sobre a sua função no ensino clínico
- Desenvolvimento de competências do aluno no ensino clínico
- Desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador

## **2 - REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES SOBRE A SUA FUNÇÃO NO ENSINO CLÍNICO**

Para efeitos deste trabalho a **representação** refere-se à construção mental, em que os sujeitos desenvolvem uma imagem relativa aos fenómenos do meio ambiente.

Para o tema, **representação dos enfermeiros orientadores sobre a sua função no ensino clínico**, entendemos separá-lo em sub-temas para facilitar a sua interpretação e análise. Definimos os seguintes sub-temas:

- **Generalidades da função** – diz respeito a condições gerais em que a função é exercida expressas pelos sujeitos.
- **Acompanhamento do processo formativo** – integra elementos específicos do trabalho de orientação dos alunos por parte do enfermeiro orientador.
- **Relevância de requisitos para a função** – inclui as expectativas dos sujeitos com vista a melhorar o exercício da função.

### **2.1 - GENERALIDADES DA FUNÇÃO**

Neste sub-tema obtivemos referências relativas às **condições de ingresso, à responsabilidade e valorização e a obstáculos ao exercício da função** que transformámos em categorias.

#### **...Condições de ingresso**

As **condições de ingresso** são indicativas dos motivos subjacentes a iniciar funções de orientador de alunos. No que diz respeito à categoria atrás enunciada e observando o quadro nº2, destacamos os indicadores **por gostar de orientar alunos e mais conhecimentos na área de exercício profissional**, pela frequência com que surgiram nas entrevistas tendo sido referidas respectivamente por oito e seis entrevistados. Para o indicador **por gostar de orientar alunos** damos como exemplos as seguintes unidades de registo exemplificativas:

- "... gosto muito de orientar alunos porque gosto de ensinar" (A2);
- "Com os alunos há sempre muita troca, muitas coisas novas e acabo por me empenhar, por gostar..."(A5); sendo interessante verificar que o orientador associa a orientação a ensino.

As condições de ingresso na função são ainda relacionadas pelos entrevistados, com os **conhecimentos que possui na área onde exerce actividade profissional** referido da seguinte forma:

- "...cheguei a esta função por ser o elemento mais antigo no serviço...tem a ver com a área que o enfermeiro desenvolve mais..." (A9);
- "Sou especialista nesta área pelo que também é uma mais valia, tenho sempre alunos"(A4).

Embora só tenha havido três enfermeiros a referir que começaram a orientar alunos **por haver necessidade de enfermeiros orientadores**, consideramos relevante apresentar uma unidade de registo exemplificativa:

- "...o serviço estava desfalcado... comecei a orientar alunos quase ao mesmo tempo que comecei a trabalhar"(A8).

### **...responsabilidade e valorização**

Encontrámos descrições referentes à responsabilidade e valorização de orientar alunos tal como é percebida pelos sujeitos. Há **melhoria na coordenação escola/ orientador local** sendo as seguintes unidades exemplificativas, representadas por quatro unidades de enumeração e seis de registo:

- "...estão mais presentes, telefonam com frequência, passam pelo serviço regularmente (os docentes),...há uma preocupação maior" (A8);
- "Alguns programas são acordados previamente connosco, discutidos e por vezes um pouco alterados, tendo a ver com as capacidades e objectivos também do serviço"(A9);
- "...acabo por aferir com o docente o que é importante para o aluno naquele contexto..."(A9);

- "...às vezes temos reuniões conjuntas com os docentes da escola para aferir algumas coisas"(A4);
- "...durante os períodos que os enfermeiros da escola (docentes) vêem aqui, discutimos como se está a desenrolar o ensino clínico..."(A10).

Os registos apresentados são indicativos de que a coordenação com a escola representa satisfação para os orientadores, o que também pode estar relacionado com a formação em parceria, já que 80% dos sujeitos realizou formação nesses moldes.

Com representatividade na mesma categoria apresentamos as seguintes unidades de registo exemplificativas para o indicador **demasiada responsabilidade e delegação no enfermeiro orientador** que sentem lhes estar atribuída ao orientarem os alunos em ensino clínico:

- "*É a sensação que eu tenho, demasiada pressão e delegação nos enfermeiros orientadores dos serviços*" (A1);
- "*Os alunos por vezes ficam muito desamparados, os docentes não estão em permanência com eles, somos nós que somos responsáveis*" (A2); registos que falam por si.

Obtivemos duas unidades de enumeração para duas unidades de registo referentes ao que os enfermeiros relacionam com **indefinição na atribuição de responsabilidade** na sua função de orientadores no ensino clínico:

- "...questiono-me sempre em quem recai a responsabilidade"(A9)
- "...comecei a questionar-me se esta é a melhor forma de orientar alunos...tenho algum receio em termos de responsabilidade que é ter alunos em estágio e de quem é de facto essa responsabilidade"(A8).

A nossa inferência leva-nos a dizer que a um melhor desempenho do orientador equivale uma maior responsabilidade e será essa a filosofia das escolas que conhecendo os orientadores, também espera essa responsabilização por parte do orientador local. Noutra óptica a própria responsabilidade profissional e a personalidade do indivíduo podem influenciar

essa forma de sentir a responsabilização. Ao regressarmos à contextualização dos registos, a indefinição na atribuição da responsabilidade aparece em associação com receios de que possam ocorrer erros na prestação de cuidados.

Quadro nº 2 – Generalidades da função

CATEGORIAS	INDICADORES	UR	UE
Condições de Ingresso	Mais conhecimentos na área de exercício profissional	6	6
	Por haver necessidade enfermeiros orientadores	3	3
	Por gostar de orientar alunos	10	8
Responsabilidade e valorização	Indefinição na atribuição de responsabilidade	2	2
	Demasiada responsabilidade e delegação no enfº orientador	5	4
	Há melhoria na coordenação escola/orientador local	6	4
Obstáculos ao exercício da função	Pouco tempo disponível para estar com os alunos	15	9
	Sobrecarga de trabalho	10	7
	Ausência de compensações	4	2
	Pouca disponibilidade e colaboração docente	2	2
	Desadequação do campo de estágio ao ensino clínico	3	2
	Conflitos relacionais com alunos	2	2

### ...Obstáculos ao exercício da função

Esta categoria integra as condicionantes que os enfermeiros apontam, a influenciar o seu desempenho de orientadores. Entre os motivos mais apontados, os enfermeiros são unânimes em referir o **pouco tempo disponível para estar com os alunos** especificamente para a actividade de orientar os alunos. Referem ainda que a **sobrecarga de trabalho** já de si inerente às suas actividades profissionais não lhes permite orientar os alunos

como gostariam. As exemplificações que se seguem são expressivas do sentir dos orientadores nesse aspecto. Para o primeiro indicador:

- *“...nem sempre nos conseguimos disponibilizar para fazer esse ensino aos alunos...”*(A2);

- *“Aquilo que eu acho que está pior é não ter muito tempo para estar com eles. Quando digo estar significa estar só para eles e não ter de estar a atender telefones, a ser interrompida... O que falha é o pouco tempo, já que tenho que realizar as minhas funções em concomitância”.* (A3);

- *“...nós às vezes temos o utente à espera mas tentamos conversar nos poucos tempos que temos”* (A6).

Relativamente à **sobrecarga de trabalho** é nestes moldes que os entrevistados se referem:

- *“...quando temos alunos a sobrecarga de trabalho é maior...acaba por se tornar cansativo”* (A10);

*“...parte do tempo que dedico aos alunos é fora do meu horário de trabalho...”*(A8).

Apenas dois enfermeiros fazem referência à **ausência de compensações** para quatro unidades de registo:

- *“Penso que é injusto não auferirmos qualquer tipo de remuneração...”* (A10).

Este registo é facilmente entendido se relembrarmos que o cansaço e excesso de trabalho em qualquer contexto nunca foi a nosso ver favorecedor do bem-estar e os orientadores passam a visualizar outras vias possíveis de o obter.

O local onde o ensino clínico é realizado foi referido por dois orientadores como nem sempre ser o mais adequado. Para o indicador **desadequação do campo de estágio ao ensino clínico** as palavras do entrevistado foram:

- *“...haver uma preocupação da escola em escolher os campos de estágio adequados àquele ensino clínico e não porque não há vaga ali, vamos para ali.*



*Já temos tido alunos em que aquele ensino clínico e objectivos não se enquadram no contexto do campo de estágio.” (A8).*

**A pouca colaboração e disponibilidade docente e conflitos relacionais com alunos** foram os indicadores com menor frequência a servirem de obstáculos à orientação de alunos, por parte dos enfermeiros.

Com base nos dados obtidos podemos concluir que:

- ✦ Os enfermeiros orientadores gostam de orientar alunos e a função é delegada aos enfermeiros que detêm mais conhecimentos na área de exercício profissional.
- ✦ A coordenação com a escola tem melhorado e o seu papel de orientador é valorizado pela escola, contudo distinguimos dois pólos a este nível. Sentem que o seu contributo é importante, mas preocupam-se com o acréscimo de responsabilidade ao orientar alunos.
- ✦ Os obstáculos mais significativos são o excesso de trabalho, aliado ao pouco tempo de que dispõem para orientar os alunos. Os conflitos com os alunos e a pouca colaboração do docente são outros obstáculos que sentem ao orientar alunos. Aham que deveriam ser remunerados pelo maior desgaste que sentem ao orientar alunos.

## **2.2 - ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO FORMATIVO**

Da análise efectuada, obtivemos que o **acompanhamento do processo formativo** engloba diversas actividades e especificidades. No sub-tema categorizámos da seguinte forma:

- orientação de alunos – inclui actividades inerentes ao exercício da enfermagem
- estratégias de supervisão utilizadas – diz respeito a mecanismos práticos de supervisão utilizados pelos orientadores no ensino clínico
- avaliação do aluno – contém elementos da prática de avaliação dos alunos conduzida pelos enfermeiros orientadores.

**...orientação de alunos**

Na categoria **orientação dos alunos** devido à grande afluência de dados obtidos foi necessário distribuí-los por subcategorias:

- integração do aluno
- criação de clima afectivo/relacional
- ajuda e suporte na prestação de cuidados
- promoção de hábitos e estratégias de trabalho

- Integração do aluno

Por **integração do aluno** entendemos o acolhimento inicial que é feito ao aluno dando-lhe a conhecer o ambiente de trabalho. Ao observarmos o quadro nº3 notamos que o primeiro contacto do aluno ao local onde o ensino clínico decorre é considerado pelos orientadores. Para nove dos entrevistados a integração passa por **dar a conhecer a equipa e modos de funcionamento do serviço** ao aluno uma perspectiva geral do funcionamento do serviço:

- *“...tento integrá-lo no serviço, conhecer o nosso trabalho, conhecer a equipa e como funciona...”* (A9).

Os orientadores preocupam-se em que o aluno fique a entender as linhas gerais de orientação das actividades diárias **dando a conhecer documentos de trabalho**:

- *“...nos primeiros dias lêem as normas do serviço, o que existe a nível da Direcção Geral de Saúde, protocolos entre Centro de Saúde e Hospitais...”* (A4). Os enunciados são de algum modo indicativos da socialização do aluno ao mundo profissional.

Para o indicador **clarifica com o aluno acerca dos seus interesses de aprendizagem**, obtivemos duas unidades de registo para duas de enumeração:

- *“Quais são os objectivos deles, o que é que eles pretendem fazer, o que eles gostariam mais de fazer”* (A8).

- Criação de clima afectivo relacional

A par com a integração dos alunos ao local onde é realizado o ensino clínico, o desenvolvimento de um clima afectivo-relacional é considerado por alguns enfermeiros, sendo que para o indicador **estabelece relação empática** foram encontradas maior número de unidades de enumeração (5 para um total de 9 unidades de registo):

- *"Por vezes apercebemo-nos de uma série de problemas pessoais do aluno...está mais triste, mais distante...eu tento ajudar o aluno, pelo menos demonstrar-lhe que entendo essa situação e...ajudar se puder."* (A9);
- *"...tive um aluno que estava com problemas pessoais...dei conhecimento à escola para que pudéssemos ajudar a resolver a situação..."*(A3);
- *"...proporcionar um ambiente acolhedor onde o aluno se sinta bem; eles referem no final... quando se sentem à vontade...é uma mais valia e também facilitadora do estágio..."* (A9);
- *"...tento aproximar-me deles. Os alunos são muito novos e... tenho que tentar perceber em que fase estão do seu desenvolvimento...até como pessoas, para conseguir chegar-lhes, caso contrário cria-se uma barreira..."* (A8).

A presença da afectividade nos registos expressos quase que nos diz "anda cá, podes contar comigo, estou aqui para te ajudar".

A **promoção da auto-confiança** é feita da seguinte forma, que exemplificamos:

- *"Quando vejo que o aluno está um pouco mais atrapalhado intervenho mais, também não quero que o aluno se sinta incapaz..."* (A4);
- *"Quando é à frente do utente e noto que o aluno não sabe o que fazer intervenho eu, não lhe chamo a atenção à frente do utente..."* (A5), com três unidades de registo para três de enumeração.

- ajuda e suporte na prestação de cuidados

Na subcategoria enunciada, a **orientação e acompanhamento do aluno na prestação de cuidados** directos ao utente/ família a **ajuda na identificação de necessidades do utente/ família** são os indicadores que

obtiveram maior número de unidades de registo com oito e dez unidades respectivamente. A ajuda na realização de actividades práticas surge também de forma bastante representativa com elevada frequência de enumeração (seis unidades de registo para seis de enumeração).

Quadro nº 3 - Orientação dos alunos

SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UR	UE
Integração do aluno	Dá a conhecer documentos de trabalho	5	3
	Dá a conhecer a equipa e modos de funcionamento do serviço	9	9
	Clarifica com o aluno acerca dos seus interesses de aprendizagem	3	2
Criação de clima afectivo/relacional	Promove a auto-confiança	3	3
	Estabelece relação empática	9	5
Ajuda e suporte nas actividades de prestação de cuidados	Orienta e acompanha na prestação de cuidados	8	7
	Ajuda a identificar necessidades do utente/família	10	8
	Ajuda na realização de actividades práticas	6	6
	Ajuda a delinear os ensinamentos de grupo à população	2	2
	Orienta trabalhos académicos	2	2
Promoção de hábitos e estratégias de trabalho	Incentiva a visualização da família como um todo	4	4
	Incentiva e promove o desenvolvimento da relação com o utente/família	4	4
	Incentiva o trabalho em equipa	3	3
	Ajuda a perspectivar os cuidados de enfermagem na comunidade	4	3
	Incentiva a responsabilidade	3	3
	Incentivo à humanização dos cuidados	4	3

Identifica-se uma preocupação por parte dos entrevistados para que não surjam problemas ou cuidados de enfermagem deficientes, daí que sejam actividades cujo acompanhamento e observação directa nos apareça de forma mais representativa. Como exemplificação temos para o primeiro indicador referido:

- "Os alunos participam mas não sozinhos. A sua participação é sempre comigo... eu sinto ser necessário estar sempre junto do aluno..." (A4);
- "Prestam cuidados comigo, oriento-os nos cuidados..."(A9);

- "...fazem a observação da doente comigo ao lado deles, vejo também como eles fazem o ensino...(A4).

Para o segundo:

- "...vão começando a perceber as necessidades das pessoas, nós temos um papel importante aqui..." (A10).

Relativo ao terceiro indicador:

- "...os alunos vêm cada vez menos preparados em termos práticos...mas isso é também o que se espera dos orientadores que estão no campo de estágio, ensiná-los a fazer" (A9);
- "Vêm aprender a coordenar actividades de enfermagem, ...como se prioriza o trabalho...aprendem connosco." (A6).

Para o indicador ajuda a delinear os ensinios de grupo à população destacamos:

- "Tenho que validar com os alunos a população alvo, para que a linguagem seja a adequada e as pessoas entendam o que esta a ser transmitido...Têm de incidir sobre aquilo que é muito importante as pessoas saberem, já que se for dada muita informação ela perde-se..." (A4);
- "Fazem educação para a saúde, somos nós que lhes indicamos as necessidades da população daqui..." (A5).

#### - promoção de hábitos e estratégias de trabalho

Na subcategoria **promoção de hábitos e estratégias de trabalho** evidencia-se que a preocupação do orientador é transmitir ao aluno que o "objecto" do trabalho de enfermagem são as pessoas / família sendo nesse sentido que os esforços são canalizados, com o intuito de passar essa mensagem para os alunos de enfermagem.

Para o indicador **ajuda a perspectivar os cuidados de enfermagem na comunidade** obtivemos:

- *"Alertar os alunos para o meio ambiente, o que os rodeia, observar e perceber..." (A3);*
- *"...os meus objectivos com os alunos passam também por aí, tentar que eles percebam a abrangência dos cuidados de enfermagem, fazer-lhes sentir a necessidade de mobilizar as pessoas, os recursos, as comunidades, as famílias..."(A9);*
- *"É um pouco dar-lhes a perceber a realidade dos cuidados continuados, o que existe e ainda o que existe a nível da comunidade..."(A10).*

Os hábitos de trabalho incluem a responsabilidade inerente a actos de enfermagem direccionados a pessoas em que a responsabilidade tem de estar presente. O **incentivo à responsabilidade** é referido desta forma:

- *"...quando se é profissional, o peso da responsabilidade é maior, eles sentirão isso também... cada um é responsável pelos seus actos... Tento incutir isso nos alunos..." (A9)*

O **incentivo ao trabalho em equipa** é exemplificado assim:

- *"...as utentes são da área vêm ao Centro de saúde, ao hospital, a outros serviços, pelo que tem de haver um acordo entre todos. Não trabalhamos sozinhos. Os alunos ficam assim a ver a globalidade e a importância do trabalho em coordenação com os outros profissionais, aprendem essa vertente." (A4).*

O **incentivo a visualizar a família como um todo** é exemplificado desta forma:

- *"O aluno vai tomando a noção de que temos de trabalhar com a família e não só com o utente, inclusivamente a pouco e pouco vou esperando isso deles, que veja a família como um todo..." (A4);*
- *"...tentamos que eles vejam e percebam a realidade de ter um doente à nossa frente, de ter a família..." (A5);*

- *"Não é fazer um penso por fazer um penso, mas saber o que pode estar por detrás da situação (condições familiares) e é isto que tento transmitir aos alunos" (A8).*

**O incentivo à humanização dos cuidados** é referido nestes termos:

- *"...aquele doente é uma pessoa, não uma cama, não mais um número. Estar sempre atento às especificidades daquela pessoa." (A8).*

Nas últimas duas subcategorias a orientação dos alunos está fortemente ligada ao trabalho de enfermagem comunitária, onde o enfermeiro consegue de forma privilegiada, ter um conhecimento mais alargado e profundo das famílias no seu meio e nas suas condições de vida e saúde.

#### **...estratégias de supervisão utilizadas**

A condução do processo de orientação dos alunos em ensino clínico leva os orientadores a utilizar um conjunto de "ferramentas" que favoreçam a aprendizagem do aluno. Essas estratégias foram identificadas e traduzidas em indicadores dentro da categoria. A observação do quadro nº4 põe em destaque essas estratégias.

**Destaca-se a demonstração/ observação seguida da experimentação** num total de cinco unidades de enumeração para sete de registo, melhor expressas nas palavras dos entrevistados:

- *"...numa primeira fase os alunos a observarem, de seguida começam já a participar comigo, portanto uma observação mais participante, até serem eles a realizar as actividades..." (A10);*

- *"...nos primeiros dias estão em observação...depois já os deixamos fazer...pensos, injectáveis..." (A6);*

- *"A minha ideia é sempre demonstrar-lhes como se faz, partindo para a etapa seguinte em que o aluno faz com a minha supervisão constante..." (A1);*

- *"...eles vêem uma ou duas vezes como eu faço...na próxima vez são eles a fazer." (A4).*

#### Quadro nº4 - Estratégias de supervisão utilizadas

INDICADORES	UR	UE
Incentiva o aluno a expressar a sua opinião	2	2
Incentiva o aluno a reflectir	6	5
Demonstração/ observação e experimentação	7	5
Reflexão conjunta	4	3
Análise de experiências e sentimentos vividos	3	3
Questionamento	4	4

6

Encontrámos para seis unidades de enumeração o **incentivo à reflexão** e com duas unidades de enumeração, o indicador **incentiva o aluno a expressar a sua opinião**. As unidades de registo exemplificativas para o primeiro indicador:

- "... por vezes temos de ir mais além... por o aluno a pensar e a reflectir sobre estas coisas." (A10);
- "... temos de os incentivar a pensar e a ir buscar outras coisas até a outras áreas." (A3).

Para o segundo indicador:

- "Gosto de ouvir o que o aluno tem a dizer, a visão que eles têm da forma como o serviço está a funcionar... o que os choca...o que eles pensam de nós... a partir daí tiramos muitas coisas importantes." (A2);

A **reflexão conjunta** foi outra estratégia que identificámos:

- "... trabalhamos e desmontamos isso de uma maneira que eu acho ser a correcta, analisando as coisas..." (A1);
- "...falo com os alunos sobre a situação e ele pensa naquilo que fez ou como... analisamos um pouco a situação..." (A6);
- "Quando determinada coisa não corre bem, então vamos conversar sobre ela..." (A8).



Relativamente à **análise de experiências e sentimentos vividos** foram identificadas três unidades de registo para três de enumeração:

- *"...quando vejo que está a sofrer com determinadas situações, se quer retirar, mais tarde falamos sobre essa situação. Aproveito para pensarmos em conjunto e reflectimos sobre aquela situação específica e o que significou para ele..." (A3);*
- *"...cada um vai falar das suas experiências desse ensino clínico, as experiências mais vividas, e o que sentiram mais. Por vezes os alunos exprimem sentimentos que não estávamos à espera, mas que os tocaram e que foram significativos para eles." (A10).*

O **questionamento** foi outra das estratégias identificadas, com quatro unidades de registo para quatro de enumeração:

- *"...pergunto "porque é que fez assim, ou" porque é que acho que é assim e não pode ser assim"...(A3);*
- *"Tento que os alunos pensem e questiono-os sobre o que fizeram." (A4);*
- *"... aí, falámos, perguntei porquê que fazia daquela forma, se podia ser feito doutras e porquê... foi uma estratégia que achei conveniente naquele momento." (A7).*

### **...avaliação do aluno**

Relembramos que na avaliação do aluno estão contidos os elementos da prática de avaliação dos alunos conduzida pelos enfermeiros orientadores. Qualquer situação de aprendizagem implica o uso de formas e modos de avaliar essa aprendizagem. A partir do discurso dos entrevistados foi-nos possível obter informação relativa ao processo avaliativo. Nesta categoria houve necessidade de subcategorizar para melhor clarificação. Assim encontrámos dados relativos à avaliação ao longo do ensino clínico e à avaliação final ou sumativa.

Quadro nº5 - Avaliação do aluno

SUBCATEGORIA	INDICADORES	UR	UE
Avaliação formativa	Analisa o percurso do aluno	4	4
	Identifica necessidades do aluno	3	3
	Adopta estratégias para colmatar as dificuldades	4	3
	Valoriza os aspectos positivos	2	2
Avaliação sumativa	Tem dificuldade em classificar	2	2
	Tem facilidade em classificar	6	6
	Discorda da forma como é atribuída a classificação final	1	1

- Avaliação formativa

Atendendo ao quadro nº5 para esta subcategoria, o indicador de **análise do percurso do aluno** foi o que obteve maior número de unidades de enumeração registadas assim:

- "...através do trabalho que desenvolveram, das práticas que nós observamos...da evolução do aluno." (A10);
- "...vou vendo a evolução do aluno, comparando..."(A9).

**A adopção de estratégias para colmatar as dificuldades:**

- "Se o aluno apresenta dificuldades tenho por hábito ir com mais calma e incidir mais nesses aspectos, trabalhá-los mais..." (A4);
- "...desdobro as actividades por passos para simplificar..." (A7);
- "...quando temos um aluno com mais dificuldades...encaminhamos mais...damos mais sugestões, intervimos mais e temos mais reuniões com vista a colmatar as dificuldades". (A10).

Unidades exemplificativas da **identificação das necessidades do aluno**:

- *“Era uma aluna mais fraca, muito ansiosa...a um ponto tive que me sentar com ela e fazê-la perceber que estas e aquelas dificuldades podiam ser ultrapassadas”. (A7);*
- *“...vou fazendo avaliação formativas....tentar perceber as dificuldades deles e trabalhar nesse sentido” (A9).*

#### **Valoriza os aspectos positivos:**

- *“Também temos que lhes dizer quando as coisas estão bem feitas...e não é só o que não está bem...isso desmotiva e cria ansiedade nos alunos...” (A7).*

As estratégias formativas visam potenciar a desenvolvimento e crescimento do aluno ao longo do ensino clínico. Ao analisamos os dados obtidos na forma de indicadores e através das unidades de registo encontradas, a avaliação encontra-se em estreita ligação com as situações e actividades do dia-a-dia.

#### **Avaliação sumativa**

A avaliação sumativa decorre sem dificuldades para seis orientadores, sendo o indicador **tem facilidade em classificar** o que apresenta maior frequência na subcategoria. Obtivemos duas unidades de enumeração para o indicador **tem dificuldade em classificar**.

A forma como decorre a avaliação final do aluno não obtém concordância para um orientador:

- *“... nem sempre sei a avaliação final do aluno, já expôs que não concordo... depois o docente diz que há o percurso anterior, tudo isso a ponderar...” (A5).*

Concluindo:

- ♦ O enfermeiro orientador entende que a sua função implica criar um clima apazível onde o aluno se sinta bem e onde lhe seja possível ficar a conhecer as relações e diferentes papéis em coexistência no contexto profissional.

- ♦ A partir dos dados obtidos verificamos que o aluno está lá para aprender a ser enfermeiro e esse papel de aculturar, socializar o aluno ao ambiente profissional cabe ao enfermeiro orientador. Orientar o aluno no ensino clínico significa essencialmente aproximá-lo ao objecto do exercício profissional; o utente, a família, a comunidade e ajudar o aluno a perceber como se interligam, se cruzam e dependem uns dos outros.
- ♦ Os orientadores incentivam a aprendizagem do aluno numa perspectiva de resolução de problemas. A ajuda na identificação das necessidades do utente/família surge em destaque. Relembramos que sem esse passo não é possível planear e executar acções concretas conducentes à resolução dos problemas.
- ♦ Contudo encontram-se elementos que nos indicam a relação aluno - orientador não se processa de igual para igual, a condição de aluno e profissional encontram-se distintas, o aluno não é visualizado e "usado" como ajuda para economizar o tempo do enfermeiro e dividir tarefas e actividades. A proximidade que perspectivamos enquadra-se no sentido em que o orientador funciona quase que como uma "sombra" que vai seguindo o aluno, encontrando-se próximo para o ajudar a seguir em frente, em semelhança a um guia.
- ♦ Acompanhando e guiando o aluno, observando o que faz e como o faz, permitem ao orientador utilizar estratégias promotoras da aprendizagem, do aprender a aprender, percursoras de uma linha de formação objectivada à continuidade da formação da pessoa e profissional, através da reflectividade.
- ♦ Os enfermeiros orientadores distinguem a avaliação da classificação e embora distintas no conceito, são entendidas na finalidade.

## 2.3 - RELEVÂNCIA DE REQUISITOS PARA A FUNÇÃO

Os orientadores referem alguns requisitos para exercer a função de orientador. Relembramos que a **relevância de requisitos** inclui as expectativas dos sujeitos com vista a melhorar o exercício da função. Tendo isso em mente foram elaboradas as seguintes categorias:

- Atributos ou características do orientador

## - Considerações gerais

### ...atributos ou características do orientador

Apontam como requisitos determinadas **características ou atributos do orientador** que devem ser tidas em conta. Esta categoria integra determinados elementos constituintes de um “perfil” de enfermeiro orientador. Ao analisarmos o quadro nº6 constatamos que a **formação específica** surge destacada com oito unidades de registo e sete de enumeração sendo as mais expressivas as seguintes:

- “ *Acho que os orientadores da prática necessitavam de formação... e acho que deve ser responsabilidade das escolas.*”(A1);
- “ *... o enfermeiro orientador deveria ser o que tem... formação na área de orientação dos alunos.*” (A4);
- “*Deveriam ser enfermeiros que gostam de orientar alunos... que tenham feitos cursos específicos...*” (A3);
- “*Há sempre coisas novas, orientações novas que deveríamos ter para orientar alunos... ..*” (A4).

**Ter mais conhecimentos na área de exercício** com quatro unidades de registo e quatro de enumeração:

- “ *... o enfermeiro orientador deveria ser o que tem mais conhecimentos na área ...(de exercício profissional...*” (A4).

**O estar disponível, estar motivado e ter atitudes e comportamentos profissionais** são também referidos, com três unidades de registo e enumeração para cada indicador. Para o primeiro:

- “*Enfermeiros que demonstrem interesse em trabalhar com os alunos ...*” (A3).

Para o segundo indicador:

- “*A orientação do aluno tem de ser da vontade do enfermeiro e não por imposição. É importante que o enfermeiro esteja motivado...*” (A9).

O terceiro indicador é assim exemplificado:

- *"Não pode ser um enfermeiro que esteja sempre enfadado para o qual seja uma chatice estar ali a trabalhar... não só fazemos aquilo que gostamos, mas fazemos aquilo que gostamos e fundamentalmente aquilo que o outro precisa. Tem de ser um orientador que demonstre atitudes e tenha comportamentos que façam o aluno crescer."* (A8);
- *"A atitude do enfermeiro também contaria... ter sempre atitude e comportamento profissional... por de parte a maneira mais pessoal do ser."* (A4).

**Saber transmitir o saber, criar empatia com os alunos, saber assumir o que não sabe e ser flexível** assumem menor representatividade:

- *"Saber explicar aos alunos porque é que se faz assim ou de outra forma e porquê..."* (A3);
- *"...ser capaz de transmitir aos alunos conhecimentos, modos de estar na profissão, maneiras de cuidar do outro..."* (A2);
- *"Temos a obrigação de nos assegurarmos de que o aluno está a perceber...que consigamos justificar do ponto de vista teórico..."* (A9).
- *"...tem de haver empatia com os alunos. Os alunos com os quais conseguimos criar maior empatia, conseguimos avançar mais, mesmo para além dos objectivos."* (A1).
- *"Há áreas que se não dominamos temos de saber pedir ajuda."* (A8).
- *"Essas características passam por ser flexível. Temos profissionais a orientar que são duma rigidez que até assusta em que tudo o que passa dali já é uma tragédia."* (A8).

### **...considerações gerais**

Surgem ainda outros aspectos que os enfermeiros orientadores consideram para o exercício pleno de orientar alunos. Refere-se a aspectos não constituintes da personalidade ou perfil. O maior número de unidades de enumeração registadas diz respeito a uma maior proximidade com o docente

para poderem reflectir e pensar a orientação em conjunto na categoria que designámos por **considerações gerais**.

Quadro nº6 - relevância de requisitos para a função

CATEGORIA	INDICADORES	UR	EU
Atributos ou características do orientador	Estar disponível	3	3
	Estar motivado	3	3
	Saber transmitir o saber	3	2
	Ter atitudes e comportamentos profissionais	3	3
	Criar empatia com os alunos	2	2
	Saber assumir o que não sabe	2	2
	Ter formação específica	8	7
	Ter mais conhecimentos na área de exercício	4	4
	Ser flexível	1	1
Considerações gerais	Clarificação da função	2	2
	Reflexões conjuntas docente/enfº orientador	4	3
	Contemplação de tempo específico no horário para a orientação dos alunos	2	2
	Maior coordenação com a escola	6	4
	Compensação remuneratória	2	2
	os docentes enfermeiros deveriam ter formação na prática de enfermagem	1	1

Nesta categoria obtivemos referências às relações com a escola. Observando o quadro nº6 e os indicadores **reflexões conjuntas docente/enfermeiro orientador e maior coordenação com a escola**, estes saem destacados o que não será de surpreender por estarem relacionadas entre si, enquanto que os outros indicadores apresentam pouca visibilidade. As **reflexões conjuntas** deste modo:

- *“Acho que cada vez mais se deveria reflectir em conjunto, docente e orientadores do local, sobre as orientações, formas de orientar...e sabermos que estratégia deveríamos utilizar para melhor orientar alunos.” (A9);*
- *“... que é para nos dois, o conjunto de enfermeiros da praticas e da teoria, reunimos e reflectimos sobre a prática e a teoria...” (A10).*

Por sua vez a **coordenação com a escola** é assim expressa:

- *“Era importante que houvesse menos ausência das escolas.”*(A8);
- *“Uma parceria efectiva...mas que tivesse regras e contrapartidas que pudessem beneficiar também a nossa parte, os serviços...”* (A1);
- *“Todas as escolas deveriam ter parcerias com os locais onde os alunos vão fazer o ensinós clínicos.”* (A5).

Nesta categoria e com menor representatividade encontram-se os indicadores **compensação remuneratória, clarificação da função e a contemplação de tempo específico para orientar alunos:**

- *“...alguma compensação remuneratória ou que se traduzisse noutró tipo de compensação em termos de progressão profissional.”* (A1), sendo que nesta referência a compensação remuneratória é apontada em paralelo com uma compensação que habilite o enfermeiro a benefícios na carreira.
- *“...assim por vezes é um pouco aquilo que eu acho que eles deveriam saber, como eu gostaria que eles fizessem...”* (A4);
- *“...a orientação de alunos não deveria ser como cada um de nós entende...”* (A5).
- *“...precisávamos de ter um horário que nos permitisse estar mais com o aluno, prestar cuidados de enfermagem com calma para que o aluno possa pensar à medida que vai fazendo”* (A9).

Com uma unidade de registo obtivemos, para o indicador **os docentes enfermeiros deveriam ter formação na prática de enfermagem:**

- *“...os enfermeiros docentes que estão na escola deveriam ter eles próprios alguns “ensinos clínicos”, porque ao desligarem-se da prática, às vezes perdem a noção do contexto da prática e do real...”* (A9).

Concluimos a partir dos dados obtidos:



- ♦ Os enfermeiros orientadores são unânimes em afirmar que a formação específica para orientar alunos é um requisito essencial para a função. Também dão importância a ser um enfermeiro com mais experiência profissional e ser capaz em simultâneo de transmitir saber aos alunos.
- ♦ A motivação e disponibilidade também são tidas em conta pelos enfermeiros entrevistados.
- ♦ Uma maior colaboração com a escola surge também destacada como relevante.
- ♦ O seu papel como orientador e enfermeiro é tido como relevante na formação do aluno. Essa consciencialização leva os enfermeiros a identificar a formação específica como complemento para a função ser desempenhada em pleno.
- ♦ Ao analisar-mos os dados deste sub tema e do sub tema generalidades da função, verifica-se uma sobreposição de sentidos entre condicionantes/ obstáculos sentidos, com as expectativas face à evolução da função de enfermeiro orientador.

### 3 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ALUNO EM ENSINO CLÍNICO

A partir do material em análise nesta área temática, definimos os seguintes termos, tendo por base a literatura:

- competência – conjunto de saberes mobilizados na acção
- atitudes pessoais e profissionais – demonstração de atitudes e comportamentos coerentes em relação a si e aos outros
- capacidade de resolução de problemas – engloba capacidade de análise de problemas, diagnóstico de situações e tomada de decisão que permitam construir uma forma própria de intervenção no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem
- capacidades técnicas – aplicação de um conjunto de conhecimentos científicos na realização de actividades de enfermagem (adaptado das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros).

As categorias foram definidas em função dos dados obtidos e da natureza do exercício profissional. Para algumas categorias guiámo-nos pelos domínios de competências definidas pela ordem dos enfermeiros no seu sentido lato. Essas categorias são:

- atitudes pessoais e profissionais
- capacidade de resolução de problemas
- capacidades técnicas

#### **...atitudes pessoais e profissionais**

Observando o quadro nº7 nesta categoria obtivemos os indicadores **estabelece relação de ajuda com o utente, responsabilidade no agir e desenvolve atitude crítica**. Os primeiros surgem com igual frequência de unidades de registo e enumeração. Temos respectivamente para esses indicadores unidades de registo exemplificativas:

- *“É muito importante eles saberem ouvir e saberem observar o utente.” (A1);*

- "...os utentes perguntam por eles. Conseguem disponibilizar-se muito para o utente, para o ouvir e falar com ele". (A3);
- "...consegui que o filho voltasse a falar com o pai...foi necessário muito empenho do aluno...foi bastante positivo..."(A10);
- " Valorizo que o aluno saiba e aprenda a saber valorizar os aspectos que de alguma forma o utente lhe diz...que o possa ajudar a encontrar meios e soluções para os seus problemas..." (A2).

Para o indicador **responsabilidade no agir**:

- "...apercebem-se de que errar pode ser grave para aquela pessoa e se estiver a proceder de forma errada em nada beneficia." (A1);
- "...nesta fase já têm uma postura e atitude correcta... começam a ser responsáveis ..." (A2).

Para o indicador **desenvolve atitude crítica** temos a crítica do aluno relativamente às situações que vão surgindo no dia-a-dia do ambiente e exercício profissional às quais o aluno reage numa perspectiva de análise crítica:

- "...conforme vão fazendo também vão questionando e propondo..."(A7);
- "Há uma maior predisposição dos alunos em questionarem situações. Cada vez mais questionam a prática e o porquê" (A9);
- cada vez mais os alunos conseguem analisar e expor a opinião deles." (A6);
- "...são muito críticos, questionam muita coisa que nos vêm fazer...ou até que não fazemos e eles perguntam porquê..." (A5).

### **...capacidades de resolução de problemas**

Nesta categoria surge a **Integração de conhecimentos teóricos na prática** com maior representatividade:

- "Socorrem-se de todos os conhecimentos teóricos e outros que tenham e começam a aperceber-se de como vão ser capazes de por tudo isso a funcionar. É essa a grande diferença." (A1);

- *"Nesta fase têm de saber fazer e de estar e como podem mobilizar os conhecimentos para tudo isso" (A9).*

**Adaptação às situações** surge também com representatividade, (oito unidades de registo para seis de enumeração):

- *"Não é só a teoria que já a aprendeu na escola, mas depois ligam-na às situações." (A6);*
- *"...quando há alguma situação menos comum querem fazer e... demonstram interesse nas coisas..." (A6);*
- *"Quer seja para os centros de saúde ou hospitais a realidade é diferente, mas é onde eles começam a fazer e por em prática o que aprenderam e às vezes a por em pratica coisas que até nem aprenderam mas faz parte da realidade dos serviços, mas eles conseguem." (A4);*
- *"...nos ensinios clínicos os alunos comentam que "isto na escola dizem-nos uma coisa mas depois a realidade é outra, é muito mais dura..." (A5).*

Segue-se por ordem de maior frequência os indicadores, **identifica recursos necessários, espírito de iniciativa e decisão, criatividade e inovação e desenvolve autonomia**. Para o primeiro indicador referido:

- *"...consigo ver uma independência deles, já têm uma noção de rede de suporte que temos ao dispor e como podem fazer..." (A1);*

Para o segundo indicador:

- *"Vêem-nos perguntar..."olhe eu acho que é isto, o que é que acha."" (A1);*
- *"...vemo-lo a terminar o estágio estando mais à vontade a entrar na casa do utente, a falar, a fazer, a decidir e propor..." (A3);*
- *"...tem de orientar o ensino de grupo como quer fazer...tem de vir ter comigo com alguma proposta concreta." (A4);*
- *"...com o passar do tempo começam a demonstrar mais interesse, a sugerir mais, a não terem receio de planear e expor..." (A10).*

**Criatividade e inovação** assim expressa:

- *“Estão a reflectir sobre o que se fez e a tentar ver outras formas possíveis de fazer e organizar...” (A1);*
- *“Os alunos vêm com ideias novas, com experiências novas...e principalmente vontade de experimentar e inovar...” (A6);*
- *“Tivemos uma aluna que desenvolveu um trabalho importante e que esteve na origem da abertura da nossa consulta de enfermagem da hipertensão e diabetes...” (A10).*

**Quadro nº7 - Desenvolvimento de competências do aluno no ensino clínico**

CATEGORIA	INDICADORES	UR	UE
Atitudes pessoais e profissionais	Estabelece relação de ajuda com o utente	8	6
	Responsabilidade no agir	8	6
	Desenvolve atitude crítica	4	4
Capacidade de resolução de problemas	Integração de conhecimentos teóricos à prática	10	10
	Identifica recursos necessários à prestação de cuidados	5	5
	Criatividade e inovação	4	4
	Desenvolve autonomia	4	4
	Adaptação às situações problema	8	6
	Espírito de iniciativa e decisão	5	4
Capacidades técnicas	Realiza procedimentos com rigor técnico e científico	3	3
	Planear cuidados, implementar acções, executar e avaliar os cuidados de enfermagem	6	6

#### **Desenvolve autonomia:**

- *“...da autonomia que ele demonstra, e como fundamenta as suas acções.” (A1);*
- *“...é essa capacidade de autonomia que considero essencial, já sabem dar resposta.” (A1).*

#### **...capacidades técnicas**

Nesta categoria obtivemos dois indicadores o que apresenta maior enumeração diz respeito à implementação do **processo de enfermagem**:

- *“...apercebo-me bem porque a sua actuação é correcta, obedece aos princípios dos cuidados de enfermagem na colheita de dados, no planeamento, na execução, na avaliação, na humanização para o outro...” (A2);*
- *“É ainda pela observação que faço dos cuidados que prestam e do interesse dos utentes que perguntam por eles.” (A10).*

Com menor representatividade surgem as actividades **técnicas**:

- *“...são também todos os aspectos técnicos claro, a actuação na realização de procedimentos técnicos com rigor.” (A4).*

No tema que denominámos por desenvolvimento de competências do aluno em ensino clínico é notório que:

- ♦ O aluno confronta-se com a prática profissional e em função dela há aprendizagens e competências que se vão desenvolver.
- ♦ A relação interpessoal com o utente é desenvolvida numa perspectiva de relação empática cujo objectivo é a ajuda efectiva do utente, sendo a responsabilidade parte integrante do processo que o enfermeiro orientador valoriza.
- ♦ Obtivemos dados que nos permitem concluir que o aluno inicia um percurso de análise e crítica relativas ao mundo profissional e à sua forma própria de se inserir no mesmo adaptando-se mas ao mesmo tempo desenvolvendo mecanismos que lhe irão permitir agir sobre, contribuindo para o modificar e alterar.
- ♦ A criatividade e inovação colocam-no no limiar de um processo de autoformação, essencial para fazer face à competitividade que requer competências diversificadas.

#### 4 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ORIENTADOR

O conceito de competência utilizado para análise no tema anterior aplica-se a este tema.

A categorização deste tema suscitou-nos algumas dúvidas nomeadamente ao nível da qualidade *exclusão mútua*, no entanto e após várias considerações optámos por esta categorização que nos pareceu pertinente para o nosso trabalho. Procedemos de igual modo à definição de termos, tendo em conta o significado que lhe atribuímos para este trabalho:

- Autoformação – capacidade em compreender a partir do conhecimento prático o que se passa no local de trabalho objectivando a formação contínua (adaptado de Pires, 1994).

- Avaliativas – capacidade de analisar e avaliar a sua prestação como orientador com o intuito de melhorar essa prestação.

- Atitudinais – manifestação de um perfil de comportamento relativo à capacidade de adaptação e mudança no contexto de trabalho (adaptado de Pires, 1994).

##### **...autoformação**

Analisando o quadro nº8 na categoria autoformação surge destacada a **actualização dos conhecimentos** com nove unidades de enumeração e dez de registo:

- *“O trabalho nem sempre nos permite ter fácil acesso ao mais recente, às novas teorias ...por vezes, pedimos que nos tragam isto e aquilo da escola...”* (A5);

- *“...aprendemos com eles e estamos sempre mais actualizados, temos mais contacto com o exterior, com a formação, com o que de mais recente se faz...”*(A6).

- *“Tenho que me manter actualizada a nível dos cuidados de saúde, o que há de novo, o que está a ser desenvolvido...”* (A2);

**A melhoria dos instrumentos de trabalho e a reflexão e análise da prática** apresentam cinco unidades de enumeração, seguida da identificação de necessidades de formação com quatro. Relativo à melhoria dos instrumentos de trabalho:

- *"...precisamos de melhorar em certos aspectos e aproveitamos isso como forma de os alunos orientarem os projectos e temas para esses aspectos."* (A3);
- *"...considero a participação dos alunos uma perspectiva de melhoria das nossas próprias actividades...se eu necessitar de qualquer folheto informativo, que eu considero nessa área estar desactualizado ou antigo, tento envolver os alunos. Neste momento os meus alunos estão a fazer um folheto informativo...o que existe está desactualizado."* (A4);
- *"Tentamos sempre que eles façam o projecto de aprendizagem na área que gostam... depois somos também nós que dizemos temos mais necessidade aqui nesta área, vamos investir nesta área."* (A5);
- *"Tento aproveitar as coisas que eles têm para fazer, ver o que posso aproveitar para o serviço."* (A8).

**Reflexão e análise da prática:**

- *"...essencialmente analiso a minha pratica. Faz-me reflectir sobre a minha pratica."* (A1);
- *"...e depois também desenvolvo as capacidades de análise e avaliação...a avaliação do que faço e do serviço em si."* (A2);
- *"Quando eu estou numa posição de observar o que os alunos estão a fazer, muitas vezes também me faz reflectir...e me faz crescer a mim própria e à minha prática."* (A8).

**Identificação das necessidades de formação:**

- *"...há coisas que nos escapam e os alunos ajudam-nos a reavaliar as nossas necessidades..."* (A10);
- *"O facto de ser orientadora obriga-me a estudar mais... não faz sentido um aluno vir para aqui e eu não ter conhecimentos na área para a orientar."* (A8).



### ...avaliativas

Na categoria avaliação salienta-se a análise que o orientador faz da sua prestação enquanto tal:

- "...se calhar com o grupo de alunos anterior não fiz isto e aquilo e que se calhar deveria ter feito e com o próximo grupo vou tentar melhorar..." (A3);
- "...às vezes até vamos para casa a pensar nisso, sobre algumas coisas que podíamos ter feito e não fizemos ou que fizemos e poderia ter sido melhor." (A6);
- "...não fiz isto ou aquilo e que se calhar deveria ter feito e com o próximo aluno vou tentar melhorar." (A3).

Alguns orientadores analisam a sua prestação de orientador com o aluno:

- "...pedimos que nos dêem o feedback sobre o nosso desempenho enquanto orientadores... para conseguirmos pensar nisso e melhorar". (A10);
- "Temos que valorizar o que dizem, o que fazemos de melhor e menos bem, para tentarmos melhorar para os próximos alunos." (A6).

Quadro nº8 - Desenvolvimento de competências do orientador

CATEGORIAS	INDICADORES	UR	UE
Autoformação	Actualização de conhecimentos	10	9
	Identificação de necessidades de formação	4	4
	Melhoria dos instrumentos de trabalho	6	5
	Reflexão e análise sobre a prática	8	5
Avaliativas	Analisa a sua prestação como orientador	6	5
	Analisa a sua prestação de orientador com o aluno	5	3
Atitudinais	Analisa as suas atitudes	6	5
	Adequa comportamentos	5	5
	Incentivo ao auto-conhecimento	3	3

### **...atitudinais**

Nesta categoria ao obtivemos que o orientador altera atitudes e comportamentos em função da presença de alunos. Para os indicadores **analisa atitudes** e **adequa comportamentos** as frequências encontram-se próximas:

- *“Vou ler mais, procurar mais o que também me ajuda a saber melhor como eu hei-de ou não actuar e fazer.” (A4).*
- *“...obriga-nos a repensar e tomar atenção aos nossos actos, ou seja, avaliamo-nos ainda mais.” (A1);*

A presença de alunos origina um **melhor conhecimento** do enfermeiro orientador:

- *“Ajuda-me a fazer exames de consciência sobre a minha actuação e posição como enfermeira...”(A4).*
- *“...tiramos muitas coisas importantes...apercebemo-nos que temos de mudar isto e aquilo...” (A2);*

A partir da análise obtivemos que:

- ♦ Também para o orientador o ensino clínico é favorecedor do desenvolvimento de competências. Podemos afirmar que as competências desenvolvidas se relacionam com a presença de alunos que funcionam como um incentivo ao desempenho do enfermeiro orientador aos seguintes níveis:
  - na acção, derivado da actualização e renovação que faz dos conhecimentos o que lhe vai permitir uma reflexão sobre hábitos, rotinas e certezas não fundamentadas. O orientador quer ser capaz de estar à altura para responder e justificar a crítica do aluno;
  - na sua prestação como orientador para a qual contribuem a avaliação que faz de si e a avaliação de si que faz em conjunto com o aluno;
  - este vai-vem que se desenrola estimula a análise e reflexão do enfermeiro enquanto pessoa e profissional praticante. Passa ainda a

ganhar instrumentos de trabalho com o contributo dos alunos, que lhe permitem melhorar aspectos dessa mesma prática.

- no desenvolvimento de capacidades de adaptação à mudança, tomando consciência das necessidades formativas o que influencia o processo de formação (auto).

## 5 – SÍNTESE E DISCUSSÃO

Ainda que a nossa amostra seja reduzida, após a análise dos dados obtidos é notório a multiplicidade de aspectos considerados pelos enfermeiros a influenciar as aprendizagens em contexto de ensino clínico. O desenvolvimento de competências não passa ao lado dessas considerações inerentes à função de orientar, aos contextos e às interações próprias que aí se desenrolam.

De que forma as funções do enfermeiro orientador se repercutem no desenvolvimento do aluno presente e futuro? Se olharmos para o acompanhamento do processo formativo do aluno de enfermagem durante o ensino clínico, este gira em volta de aspectos relacionados com o cuidar, a afectividade, a aproximação ao outro, as relações interpessoais, o tornar-se enfermeiro, o saber ser enfermeiro, o ajudar, apoiar, conduzir, guiar.

Influenciam-se entre si a um nível micro (ex.: Local de trabalho onde o individuo desempenha actividades exercendo sobre ele uma acção directa; meso (a partir das interações que o sujeito estabelece em simultâneo a partir dos diferentes papéis sociais que tem; macro (exteriores ao individuo, onde não participa directamente na que recebe influencias que o afectam (adaptado de Alarcão e Sá-Chaves, 2000).

Para levar o formando a aprender o supervisor fá-lo utilizando estratégias:

*"...demonstração, reflexão, apresentação de modelos, da análise de conceitos, da exploração de atitudes e sentimentos, da análise de modelos, de jogos de simulação, de problemas a resolver, de tarefas a executar, etc." (Alarcão e Tavares, 2003; p. 42)*

Assim ocorrem em simultâneo o desenvolvimento e o ensino / aprendizagem dos actores. O supervisor coloca-se numa posição de facilitar e permitir que o formando aprenda a aprender de forma contínua.

O enfermeiro orientador é aquele que gosta de orientar alunos, que tem mais conhecimentos ou porque há necessidade de orientadores. A sua escolha não está dependente de critérios de selecção que tenham uma relação directa com competências na área de formação.

Ainda que 80% da amostra tenham realizado formação em parceria já orientavam alunos antes da existência de parcerias pelo que a formação específica não foi considerada pelos enfermeiros como condição para iniciar funções de orientação de alunos, admitindo os enfermeiros que tal condição no entanto deveria existir.

É uma função que se caracteriza por condicionantes a vários níveis, sendo o pouco tempo disponível e o excesso de trabalho como os factores mais relevantes que condicionam a sua função de enfermeiro orientador.

No estudo realizado por Simões (2004) as “condições de trabalho” aparecem pouco representadas. 66,7% dos enfermeiros não fazem referência às condições que têm para exercer a orientação de alunos, no entanto os que referiram, também identificam a falta de tempo para orientar alunos. No nosso estudo a falta de tempo foi o indicador mais referido como obstáculo ao exercício da função.

As condições de trabalho dos enfermeiros encontram-se em estreita ligação com o desenvolvimento de competências, já Collière alertava para esse facto (1990) ao referir que essas condições devem permitir:

*“Tempo de reflexão para compreender, analisar as situações, procurar fontes de conhecimento, elaborar os projectos de cuidados, avaliar os seus trabalhos, desenvolver o saber da enfermagem a partir da pratica do nosso officio” (p.50).*

É ainda considerado importante ter mais competências e conhecimentos na área de exercício profissional. Orientar alunos significa ainda socializar o

aluno ao meio e ambiente profissional, sendo capaz de utilizar estratégias de aprendizagem facilitadoras que permitam ao aluno desenvolver hábitos e estratégias de trabalho associados a actividades formativas que levem o aluno a transformar-se em enfermeiro competente.

Identificamos aspectos favorecedores da socialização do aluno e por conseguinte da construção da sua identidade profissional. É durante o ensino clínico que o aluno adquire “insight” do que é na realidade ser enfermeiro.

É através do enfermeiro orientador em exercício que o aluno se apercebe de como é exercida a responsabilidade profissional e que aspectos lhe estão associados no confronto com a teoria/prática, modos de fazer e agir dos quais não se dissociam nem as estratégias de trabalho nem a pertença ao grupo profissional para agir como facilitador e ganhar confiança; nele próprio desenvolvendo a autoconfiança mas também querendo ganhar a confiança dos outros, quer seja na relação que estabelece com os pares ou a nível da relação que estabelece com os utentes e famílias.

Veiga, (2004) baseia-se em Sacristán (1999) quando diz:

*“a construção de um profissional passa por uma aprendizagem da profissão vivida num contexto formativo, onde exista uma filosofia da profissão clara, bem definida e articulada entre todas as áreas de formação, adaptadas à personalidade de cada actor” (p.14).*

Daí que, entendemos nós, não é necessário apregoarmos acerca do distanciamento que se verifica entre a Instituição escolar e a Instituição profissional a nível de parcerias, do seu modo de funcionamento, ou da ausência dessas parcerias. Os resultados de vários estudos assim o confirmaram (Carvalho, 2003) entre outros.

Entendemos e consideramos que a orientação de alunos em ensino clínico acarreta custos elevados para as Instituições de Saúde. Nesta nova era de tendências de mercado, tem objectivos internos canalizados para qualidade,

eficiência e eficácia ao menor custo. A instituição escolar que também se preocupa em reduzir custos, tem como objectivos a qualidade da formação do enfermeiro. Essa qualidade claro está, tem de se estender à maneira como a orientação de alunos é conduzida.

Consideramos ainda que o ensino clínico mais supervisionado por docentes enfermeiros da escola é dispendioso. Atendendo ainda às dificuldades e hesitações do docente enfermeiro em transpor o espaço territorial. O docente receia ser mal interpretado e considerado um intruso que passa a ser catalogado como o “só sabe teoria”.

No entanto e se realmente o interesse entre uma maior proximidade se verificar ao nível dos órgãos de decisão, a nossa sugestão é a de que a tomada de decisão sobre estas matérias não pode passar ao lado dos orientadores.

O que se verifica nesta tal como noutras questões as decisões seguem uma hierarquia de poder desconsiderando e por vezes ignorando os serviços e os profissionais directamente envolvidos na orientação de alunos.

A este respeito Tardif é de opinião que assinar papéis sem trocar ideias é indicativo de parcerias que nada mais acrescentam que textos sem efeito prático e não satisfatório para ambas as partes. Mais refere que só existem parcerias se os parceiros tiverem igual necessidade um do outro e embora seja indispensável negociar ao nível de topo da pirâmide, é insuficiente se não se tiver em conta a base da pirâmide.

Esta tendência encontra-se na actualidade próxima das parcerias e acordos existentes ao nível da formação inicial de enfermagem nos ensinos clínicos, o que nos leva a considerar a possível origem da insatisfação dos enfermeiros orientadores do local se situar a este nível de não serem chamados a opinar, propor expondo os seus pontos de vista a partir das suas experiências enquanto orientadores. Baseando-se em Sacristán (1999), Veiga (2004) diz que:

*“a construção de um profissional passa por uma aprendizagem da profissão vivida num contexto formativo, onde exista uma filosofia da profissão clara, bem definida e articulada entre todas as áreas de formação, adaptada à personalidade de cada actor” (p.14).*

No dizer de Tardif:

*“...a aprendizagem fundamental é a de uma maior coerência entre aquilo que preconizamos e os nossos actos, no ordenamento das nossas missões à volta de um eixo de formação profissional, na transferência daquilo que aprendemos em formação contínua para a formação inicial...numa melhor ligação entre formação teórica e formação prática, condição essencial do desenvolvimento de uma abordagem reflexiva tanto na formação como na prática.” (Tardif, p.137).*

Daí que a melhoria de coordenação com a escola não é suficiente para colmatar a responsabilidade em orientar alunos ou a pouca disponibilidade do docente, faltando uma articulação bem definida. Não houve no entanto referências a mau relacionamento com os docentes o que nos leva a inferir que esse relacionamento seja bom e a função do orientador seja valorizada. Contudo o desgaste proveniente das situações referidas associado aos conflitos relacionais que por vezes surgem com os alunos leva os enfermeiros a referir que o seu esforço não é compensado.

Tendo em mente os contributos teóricos prévios podemos afirmar que a prática pedagógica não o é se não estiverem asseguradas os princípios que em que se baseia; isto é; estarem asseguradas as premissas que conduzam à utilização estratégicas didacto-pedagógicas a partir de uma base de identificação consciente dessas estratégias.

A sua utilização numa base irregular esporádica não programada e não consciente ou não interiorizada por desconhecimento, sugere uma deficiente condução do processo. Também para Altet (2000) a preparação para uma



profissão, gira em torno das questões das práticas e das situações pedagógicas a elas associadas. Reporta-se a um processo de formação explícito e racional.

Reportando-nos à função do enfermeiro orientador não encontramos referências relacionadas com a concepção estruturação e planificação da formação.

Os próprios orientadores aludem à necessidade em terem mais conhecimento das técnicas pedagógicas para orientar os alunos. Carvalhal (2003) neste âmbito concluiu ser necessário seleccionar enfermeiros dos serviços e proporcionar-lhes formação pedagógica.

Acompanhar o aluno ao longo do processo formativo que se desenrola durante o ensino clínico requer a utilização de *“estratégias psico-pedagógicas e técnico-didácticas adequadas e porventura diferentes das habituais num contexto afectivo-relacional propício à aprendizagem...”* (Alarcão e Tavares, 2003, p. 47)

Os orientadores utilizam algumas estratégias promotoras do desenvolvimento e da aprendizagem do aluno no ensino clínico, onde o contexto lhes fornece os elementos que em conjunto e interligando o vivido e construído do orientador às dinâmicas do meio em transformação constante, aliados ao próprio interesse do aluno em se desenvolver ao nível da pessoa que é e do profissional que será, configuram a formação nestes moldes elementos de diversidade formativa.

As diversas actividades que o aluno tem ao seu “dispor” e com que se depara na prática são irrepetíveis e mutáveis por estarem em estreita ligação com a singularidade da pessoa que é o utente. Este não é replicável na forma como sente, nem na forma como se queixa ou não se queixa. As suas particularidades exigem do enfermeiro as competências necessárias para agir de forma eficaz, avaliando, planeando e dando seguimento à implementação de medidas eficazes e à reformulação de acções que conduzam à resolução dos problemas identificados.

A passagem da condição de aluno à condição de profissional é neste sentido mais do que a mera obtenção de um título ou atribuição académica. Aludindo à supervisão que se desenrola num cenário ecológico e citando Alarcão (2003, p.39):

*“...o desenvolvimento pessoal e profissional do estagiário é visto como um processo ecológico, inacabado, dependente das capacidades das pessoas e das potencialidades do meio, construtor do saber e do ser, mas também do saber fazer profissional e do saber estar, viver e conviver com os outros.”*

Os enfermeiros orientadores consideram a supervisão directa como fundamental. Ao cruzarmos os dados obtidos distribuídos pelos temas e sub temas, os orientadores têm alguma dificuldade em “deixar” o aluno ser ele a prestar cuidados de enfermagem de forma autónoma. Inferimos aspectos relacionados com controlo directo que associamos às condições relativas à natureza da profissão.

O desenvolvimento de competências relacionadas à orientação aparecem-nos com origem múltipla, associadas a um cariz reflexivo (demonstração, experimentação, reflexão) apresentando ainda alguns elementos relativos a um cenário ecológico de supervisão.

Os próprios alunos funcionaram como um “ corredor de transporte” de conhecimentos. Os enfermeiros orientadores apropriam-se dos conhecimentos trazidos pelos alunos que irão servir para os orientadores progredirem no seu grau de competências ao integrarem esse novos conhecimentos às suas anteriores competências desenvolvendo-os mais.

O contexto da prática profissional é um mundo repleto de características e estados imprevistos e próprios. Ao confrontar-se com a prática profissional o aluno questiona, adapta-se, analisa e interpreta tentando encontrar sentidos.

É evidente que a partir dos dados obtidos não nos é possível afirmar, concluir e estabelecer uma relação directa e linear entre desenvolvimento de competências do aluno a partir da orientação do enfermeiro da prática que o orienta.

As competências constroem-se a partir do próprio, em conjunto com as construções anteriores provenientes de todo o percurso formativo. Podemos no entanto dizer que o orientador ajuda na construção dessas competências, incentivando, ajudando a perspectivar, a visualizar outros caminhos e outras formas, alargando o horizonte de vias possíveis.

## CONCLUSÕES

Para a realização deste estudo partimos do pressuposto de que o ensino clínico é fundamental na formação do enfermeiro. Pretendemos encontrar pistas e sentidos a partir da experiência de orientação do enfermeiro orientador local para assim podermos compreender as suas representações como actores no processo.

É no ensino clínico que o aluno vai sedimentar o seu potencial de aprendente ao fazer a ligação do aprendido com o que pretende aprender. É portanto o momento onde se depara e confronta com situações concretas que requerem a apropriação de saberes que lhe permitirão agir eficazmente.

Sendo jovem adulto em formação este processo requer capacidade de se posicionar num percurso de formação ao longo da vida. As competências iniciais que são adquiridas nesta fase não são estanques, requerem “actualizações e acertos” à medida que a profissão progride ou seja requer capacidades de desenvolver estas competências de iniciado a perito, mas de ir desenvolvendo outras.

Nesse sentido necessita de uma orientação que seja dirigida ao aprender a aprender, que seja consentânea com uma formação construtivista, em que o aluno seja capaz de se abrir ao mundo e entender as conexões nele existentes, para posteriormente como profissional, nele poder intervir e/ou modificar.

É essencial portanto existirem mecanismos apropriados para objectivar esse desenvolvimento que estamos em crer permitirá a curto prazo um menor desfasamento entre a teoria e a prática nas práticas de enfermagem.

É referida a importância dos contextos da prática para a aprendizagem do aluno. Há que ter atenção a que a prática só é formadora se a acção for regida por diferentes saberes; teóricos, processuais, saberes-fazer, saberes práticos (Malglaive 1995) de outra forma os saberes empíricos dissociados da

cognição e do pensamento facilmente ganham terreno pela economia de tempo que representam na prestação de cuidados de saúde.

Não se pode estabelecer uma relação directa entre desenvolvimento de competências dos alunos a partir da prática. Os conhecimentos a partir dos quais as competências se desenvolvem são “ fornecidos” na escola de entre em vasto leque identificado e inserido nos programas de ensino como favorecedor do seu desenvolvimento à posteriori, iniciando-se este processo nos ensinos clínicos e continuando ao longo da vida.

Se o ensino clínico não decorrer dentro de uma filosofia clara para ambas as partes e em determinadas situações, o aluno não desenvolverá competências nessas áreas, mas sim hábitos de trabalho.

Neste sentido as estratégias pedagógicas a utilizar deverão ser promotoras da reflexão nas situações emergentes do dia-a-dia que possam levar o aluno a formar-se.

Não me pareça que as parecerias por si só e nos moldes em que se encontram a funcionar sejam a chave e a resposta para esta questão do desfazamento entre teoria e prática. A resposta pode ser encontrada em novas formas de parceria que incluam os docentes de forma mais activa nas Instituições e Serviços, durante o ensino clínico.

É aqui a nosso ver que surgem os enfermeiros docentes da escola com os dispositivos teóricos essenciais que permitirão em coordenação com os enfermeiros da prática viabilizar estudos de investigação susceptíveis de entender essa realidade de forma mais concreta. Só assim é possível agir para transformar compreendendo os fenómenos tal como ocorrem.

Assim é visível que diversas lógicas de formação atravessarem a formação inicial do enfermeiro. Por um lado a formação escolar de aprendizagem curriculares que se apoiam na aquisição de saberes científicos e técnicos, por outro lado temos o ensino clínico estruturado e programado e

delineado pela escola. Temos ainda os enfermeiros da prática que aproximam os alunos ao mundo do trabalho desconhecendo muitas vezes a forma como o ensino clínico é programado e estruturado.

Neste ponto parece-nos conveniente procedermos a uma análise ao nosso trabalho que iremos sistematizar a seguir:

- Ainda que os objectivos e métodos de trabalho sugerissem pertinência em função do objecto em estudo (*representações de...*) consideramos que os resultados poderiam ter maior consistência. Passamos a explicar; o desenvolvimento de competências e por conseguinte a necessária mobilização de saberes é optimizada na prática em situação, pelo que o nosso trabalho deveria ter sido complementado através da utilização da técnica de *observação* das situações concretas. Teríamos assim meios que nos permitissem comparar de facto as competências desenvolvidas, das intencionadas.
- A própria análise de dados poderia ter seguido outras vias possíveis.
- O estudo realizado suscitou-nos novas dúvidas, pelo que sugerimos estudos direccionados a uma nova população: os enfermeiros recém formados para junto deles averiguar as dificuldades que encontram no início da vida profissional.
- Este trabalho no entanto constituiu uma etapa fundamental na nossa formação e desenvolvimento, pois nos foi dada oportunidade de aprofundar uma área de interesse, directamente relacionada às nossas funções.
- Entendemos ter alargado o nosso horizonte, permitindo-nos perspectivar e visualizar esta área da formação e orientação de alunos de outra forma mais consistente e conhecedora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDAL-HAQQ, I. (1998). Constructivism in teacher education: considerations for those who would link practice to theory. In ERIC Digest
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau-Formação e saúde, Lda
- ABREU, W. (2004). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade.* Em <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>
- ALTET, M. ((2000). *Análise das práticas dos professores e das situações pedagógicas.* Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I; TAVARES, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem.* Coimbra: Almedina
- ALARCÃO, I.(1996). *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão.* Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I. (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores. *Cidine* 1, 5-22.
- ALARCÃO, I. (Org.). (2001). *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.* Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I. ; SÁ-CHAVES, I. (1994) *Supervisão de professores e desenvolvimento humano. Uma perspectiva ecológica.* In TAVARES, J. (Org.). *Para intervir na educação.* Aveiro: Cidine.
- AMANTE, M<sup>a</sup>. J. (1999). A formação pedagógica dos docentes do ensino superior. *Revista Eletronica Interuniversitaria de Formacion del Profesorado*, 2 (1). <http://www.uva.es/aufop/>.
- APPLE, M. (1989). *Educação e poder.* Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- ARENDS, R.I.(1995). *Aprender a ensinar.* Lisboa: McGraw-Hill.
- ASHWORTH, P.; MORRISON, P. (1989). Some ambiguities of the student's role in undergraduate nursing training. *Journal of Advanced Nursing*, 14 1009-1015
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Ed 70.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito.* Coimbra: Qarteto
- BERBAUM, J. (1993). *Aprendizagem e formação.* Porto: Porto Editora.



- BIREAUD, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto Editora.
- BLANCHET, A. ; GOTTMAN, A. (1992). La realisation des entretiens. In *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris : Nathan, pp. 67-90.
- BOGDAN, R.; BIKLIN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- CABRITO, B. G. (1994). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa
- CANÁRIO, R. (Org). (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora
- CARMO, H.; FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusiciência- Edições Técnicas e Científicas Lda.
- CHARLOT, B.; BAUTIER, E. (1991). Rapport recherche, D'ESCOL, Université Paris, VIII.
- CHARLOT, B. (1976). Dis moi ce qui tu comprends et je te dirai qui tu es. In *Revue Education Permanente*, nº 47.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (1999). *Autonomia das instituições de Ensino superior*. Lisboa: CNE.
- COUTINHO, H. M. da E. (2004). *Orientadores locais de estágio na formação inicial de professores – necessidades de formação*. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U.L. para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.
- DESHAIES, B.(1997). *Metologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget (traduzido do original em Francês: Methodologie de la recherche en sciences humaines)
- DIOGO, F. & VILAR, A.M. (2003). *Gestão flexível do currículo*. Porto: Edições ASA.
- DUBAR, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.

ESTRELA, M<sup>a</sup>. T.(Org.).(1997).*Viver e construir a profissão docente*. Porto: Porto Editora.

ESTRELA, M<sup>a</sup>. T. (2002). Modelos de formação de professores e seus pressupostos conceptuais. In Revista da Educação, vol XI, nº 1.

ESTRELA, A., & Ferreira, J.(Org.).(2001). *Investigação em educação: Métodos e técnicas*. Lisboa: Educa

FEIMAN-NEMSER, S. (1983). Learning to teach. In L. Shulman e G. Sykes (Eds.). *Handbook of research on teacher education*. New York. MacMillan.

FEIMAN-NEMSER, S. (1990). Teacher preparation: structural and conceptual alternatives. In R. Houston; M. Haberman e J. Sikula (Eds.). *Handbook of research on teacher education*. MacMillan. Pp. 212-233.

FERRY, G. (1987). *Le trajet de la formation*. Paris: Dunod

FINGER, M.; ASÚN, J. M. (2003). A educação de adultos numa encruzilhada. Porto: Porto Editora.

FORTIN, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FORTIN, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*.

FRYXELL, M<sup>a</sup>. M. de C. (2003). *Representações dos professores sobre os seus saberes profissionais e sobre a construção desses saberes*. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U.L. para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.

GARRISON, D.R.& ARCHER, W. (2000). *A transactional perspective on teaching and Learning. A framework for adult and higher education*. Amsterdam: Pergamon Earli

GIL, A.C. (1994). *Metodologia do ensino superior*. S. Paulo: Atlas.

GÓMEZ, P. (1992). O pensamento prático do professor: A formação do professor como profissional reflexivo. In Nóvoa, A. (Coord.). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote e Instituto de Inovação Educacional. P.93-113.

HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas Lda.

HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas Lda.

HIGARASHI, Ieda Harumi (2003). *O estágio supervisionado de enfermagem como espaço de ensino aprendizagem: uma avaliação*. Em <http://www.ufscar.br/>

LE BOTERF, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. In: *Formar. Revista dos formadores*, 10, 40-46.

LE BOTERF, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Les Editions d'Organisation.

LESNE, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.

LOPES, M.A.P. ; REBELO, T.R. (2000) Parceria. Uma estratégia de formação em enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 4(1), 25-27.

MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.

MIALARET, G. (1991). *A formação dos professores*. Coimbra: Livraria Almedina.

MOREIRA, M. e ALARCÃO, I. (1997). A investigação-acção como estratégia de formação inicial de professores reflexivos. In Sá-Chaves (Org.). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.

MUCCHIELLI, R. (1994). *A entrevista não-directiva*. São Paulo: Martins Fontes.

NAPTHINE, R. (1996). Clinical education. A system under pressure. *Australian Nursing Journal*, 3(9), 20-24.

NÓVOA, A. (Coord.). (1992). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote e Instituto de Inovação Educacional.

NÓVOA, A. (Org.). (1995) *Profissão professor*. Porto: Porto Editora.

NÓVOA, A. (2002). *Formação de professores e trabalho pedagógico*. Lisboa: Educa.

NÓVOA, A. (Coord.). (1992). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote e Instituto de Inovação Educacional.

PACHECO, J.A. (2002). *Políticas Curriculares*. Porto: Porto Editora.

PEDROSO, P.; CARREIRAS, H.; NEVES, D. (1991). Depois do abandono. Trajectos e projectos. In *Novos rumos para o ensino tecnológico e profissional. Actas da conferência Nacional*. Porto: M. E./GETAP, pp. 436-456.

PELPEL, P. (1989). *Les states de formation*. Paris: Bordas

- PERRENOUD, P. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: Perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote e Instituto de Inovação Educacional.
- PERRENOUD, P. (1994). *La formation des enseignants: Entre théorie et pratique*. Paris: Edition l'Harmattan.
- PINTO, J.M. & Silva, A.S. (Orgs.). (2003). *Metodologia das ciências sociais* (12ªed.). Porto: Porto Editora.
- PIRES, A. L. de O. (1994). As novas competências profissionais. In *Formar-Revista dos formadores*, nº 10, Fev./Mar./Abr.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUT, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, Mª. R. T. F. (2003). A preceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 7(1), 3-12
- REBELO, Mª T. dos S. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem- contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U.L. para obtenção do grau de Mestre.
- REIMÃO, C. (Ed.) (2001). *A formação pedagógica dos professores do ensino superior*. Lisboa: Colibri.
- RODRIGUES, A. e ESTEVES, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- RODRIGUES, A. (1999). *Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U.L.
- ROLDÃO, Mª do Céu (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências. As questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- ROLDÃO, Mª do Céu (1999). *Os professores e a gestão do currículo. Perspectivas e práticas em análise*. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (Org.) (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.

- SANTIAGO, R. A.; ALARCÃO, I.; OLIVERIA, L. (1997) Percursos na formação de adultos a propósito do modelo de m. Lesne. In, SÁ-CHAVES, I. (Org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- SILVA, T. T. (2000). *Teorias do currículo. Uma introdução crítica*. Porto: Porto Editora.
- SIMÕES, C. M. (1996). O desenvolvimento do professor e a construção do conhecimento pedagógico. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SIMÕES, C. M.; SIMÕES, H. R. (1997). Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. In, SÁ-CHAVES, I. (Org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- SIMÕES, J. F. F. L. ((2004). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Supervisão.
- SOUSA, M<sup>a</sup>. M. B. de. (1996). *Da formação dos enfermeiros à construção da identidade dos professores de enfermagem*. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U.L. para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.
- SHULMAN, Lee S. (1989). Paradigmas y programas de investigación el estudio de la enseñanza: una perspectiva contemporánea. In M. C. Wittrock (Ed.). *La investigación de la enseñanza I*. Barcelona Paidós. Pp.9-91.
- TARDIF, M.; LESSARD, C.; GAUTHIER, C. (2006). *Formação dos professores e contextos sociais*. Porto: Rés- Editora Lda.
- TYLER, R. W. (1950). Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University Press.
- TAVARES, J. (1997). A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In, SÁ-CHAVES, I. (Org.) *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- TAVARES, J.(2003). *Formação e inovação no ensino Superior*. Porto: Porto Editora.
- TUCKMAN, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação. Como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Gulbenkian.
- VALA, J. (1986). A análise de conteúdo. In: SILVA A. S. & PINTO, J.M. (org) *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento, pp. 101-128.

- WOODS, P. (1999). *Investigar a arte de ensinar*. Porto: Porto Editora.
- YIN, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Sage: Newbury Park
- ZEICHNER, K. M. (1983). Paradigmas alternativos da formação de professores. In J. T. Ed. Vol. XXIV, nº3.
- ZEICHNER, K. M. (1993). Traditions of practice in U.N. preservice teacher education programs. In *Teaching & Teacher Education*. Vol. 9, nº 1, pp. 1-13.
- ZEICHNER, K. M. (1993). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

## LEGISLAÇÃO

- EUROPEIAS, C. C. (2002). *Directiva do parlamento europeu e do concelho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. 41-86
- Lei nº 46/86 de 14 de Outubro, I Série, Diário da República – Lei de Bases do Sistema Educativo
  - Dec. Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro – Integra o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional
  - Dec. Lei nº 205/95 de 8 de Agosto – Define o regime de autonomia e de gestão aplicável às Escolas Superiores de Enfermagem
  - Lei nº 115/97 de 19 de Setembro – Altera a formação dos Politécnicos passando a ser a de licenciatura
  - Dec. Lei 353/99 de 3 de Setembro – Promulgados os cursos de licenciatura com a duração de quatro anos
  - Portaria nº 799 – D,E,G, de 18 de Setembro de 1999 – Cria o Curso de Licenciatura em Enfermagem e o Curso de Complemento de Formação para enfermeiros bacharéis que passam a obter o grau académico de licenciados

## ANEXOS

## **ANEXO I – Ficha de identificação do participante**



## CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

SEXO: M ☐ F ☐

IDADE: 20-24 ☐ 25-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ +de50 ☐

### Habilitações académicas:

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Especialidade ☐

Possui formação específica para orientar alunos? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Tempo de serviço( nº de anos):

Na profissão \_\_\_\_\_ Na Instituição \_\_\_\_\_

Anos de experiência como enfermeiro orientador:

< 2 ☐ 2-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ > 20 ☐

## **ANEXO II – Guião de entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### Objectivos gerais:

- compreender o contributo do ensino clínico para o desenvolvimento de competências profissionais dos alunos, na perspectiva dos enfermeiros da prática
- conhecer a representação que os enfermeiros orientadores têm do seu papel, na aquisição de competências por parte do aluno
- identificar competências adquiridas pelo aluno durante o ensino clínico
- identificar competências do enfermeiro na sua função de orientador
- conhecer a representação dos enfermeiros acerca da sua função de orientador

Blocos temáticos	Objectivos	Questões	Tópicos
Legitimação da entrevista	Obter a legitimidade da entrevista		- Informar acerca do tema, objectivo e importância do trabalho Pedir autorização para gravar Garantir anonimato
Papel do enfermeiro na aquisição de competências no aluno	- Conhecer a representação que o orientador tem da sua função - Identificar as competências que o orientador ajuda a desenvolver no aluno	- Como e com quem aprendeu a ser orientador dos alunos? - O que é que faz com os alunos no dia-a-dia quando tem alunos que está a orientar?	- visão do enfermeiro sobre a sua função - responsabilidade percebida pelo enfermeiro - práticas de orientação

Contributo do ensino clínico no desenvolvimento de competências do aluno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar componentes do ensino clínico na aquisição de competências</li> <li>- Identificar competências adquiridas pelo aluno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que acha que os alunos aprendem no ensino clínico de diferente relativamente ao ensino teórico?</li> <li>- Como consegue identificar que o ensino clínico está a ser eficaz?</li> <li>- como acha que o aluno aprende a ser enfermeiro?</li> <li>- o que o leva a sentir que o aluno está preparado para ser enfermeiro?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organização do acompanhamento/orientação</li> <li>- aspectos valorizados/relevantes</li> <li>- interacção enfermeiros/ alunos/ utente</li> <li>- integração de conhecimentos/ objectivos/ experiências práticas</li> <li>- apropriação de conhecimentos necessários ao exercício profissional</li> </ul>
Ensino clínico e desenvolvimento profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar que competências o orientador põe em prática durante o ensino clínico</li> <li>- identificar contributos do ensino clínico para o desenvolvimento profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é que acha que aprende quando orienta alunos?</li> <li>- Que actividades ou aspectos o satisfazem mais quando orienta alunos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contributos para a formação contínua</li> <li>- mais valias para o enfermeiro</li> <li>- reflexão na prática</li> </ul>

### **ANEXO III – Protocolo de entrevista**

## Protocolo de entrevista

P- Há quantos anos orienta alunos em ensino clínico e como é que começou essa função?

R – Ora eu oriento alunos há exactamente aos mesmos anos que sou enfermeira porque eu saí da escola e fui trabalhar para um serviço de medicina onde tinha feito quase todo o meu percurso como aluna. Portanto quando cheguei àquele serviço estava praticamente integrada naquele serviço... entretanto também como tinha estado lá como aluna naquele serviço... e na altura, naquele verão o serviço estava desfalcado ... estavam várias colegas de férias e outros eram recém formados e o serviço estava na eminência de fechar, se nós não tivéssemos começado a trabalhar naquela altura. Fui eu e mais três colegas do meu curso... e portanto quando cheguei lá comecei a trabalhar quase sem integração nenhuma. O primeiro grupo que o serviço recebeu de alunos pouco tempo depois, recebi logo alunos. comecei a integrar alunos quase ao mesmo tempo que comecei a trabalhar.

P- O que gosta mais e lhe dá mais prazer, quando orienta alunos?

R- Os alunos são sempre uma lufada de ar fresco para os serviços. Normalmente eles vêm sempre com muita vontade, ou pelo menos eu tenho tido a sorte de calhar com alunos que têm tido vontade de fazer coisas novas... têm muito entusiasmo, estão muito motivados e têm tido muita criatividade, uma coisa que eu não tenho muita, e portanto tenho aproveitado sempre a criatividade que os alunos me trazem e... aquele ar fresco é uma coisa que me atrai porque às vezes... há alunos que me conseguem fazer isto melhor que outros... me conseguem fazer reflectir sobre a minha prática. Quando eu estou numa posição de observar o que os outros estão a fazer (alunos), muitas vezes também me faz reflectir se essa é a melhor forma e também me faz crescer a mim própria e.. a minha prática. Tem tudo a ver com isto..

P – Que outras actividades desempenha com os alunos quando os orienta? O que considera que são as suas funções nessa área?

R- Ultimamente tenho estado mais com alunos do quarto ano e com esses alunos eu tenho uma grande preocupação na parte humana. É uma das partes ou a parte que eu mais valorizo no enfermeiro. A técnica é importante, obviamente que é importante sabermos desempenhar bem as nossas funções

técnicas, mas essas até se vão aprendendo com a prática e se calhar um enfermeiro que está num serviço de medicina não terá concerteza as mesmas competências que um enfermeiro que trabalha num serviço de cirurgia, porque são áreas diferentes e isso... a mão digamos assim... cada um faz melhor na área que desenvolve mais. A parte humana é que eu acho que tem de ser a parte mais trabalhada. Pela experiência que eu tenho tido com alunos do quarto ano... a parte relacional, a parte da comunicação é a que eles têm menos desenvolvida. Chegam aqui com algumas dificuldades nessa área. Estão muito habituados à área hospitalar... têm pouca experiência na área de cuidados continuados e portanto estão mais habituados a desenvolver competências na área hospitalar, onde os doentes chegam à casa deles digamos assim... aqui, é precisamente o contrário. Nós é que somos as visitas na casa dos doentes. Portanto a nossa atitude tem de ser completamente diferente. Eles não têm essas competências muito bem desenvolvidas. Eles chegam a casa das pessoas e ficam completamente... "e agora o que é que eu faço"... pareça que perdem um pouco aquele "poder" da bata branca que conseguem exercer no hospital e nas casas das pessoas eles não têm esse poder... e portanto digerem um pouco mal isto. A parte relacional é para mim extremamente importante. Normalmente eu começo os estágios com uma grande conversa... assim um bocadinho do tipo retórica, e sentamos e vamos conversar. Quais são os objectivos deles, o que é que eles pretendem fazer, o que eles gostariam mais de fazer. Muitas vezes fico com uma primeira noção do aluno que tenho à minha frente... e daquilo que poderei eventualmente fazê-lo crescer ou não. Às vezes vêm com uma ideia e depois dessa conversa eles reflectem melhor e dizem "afinal pensei melhor, já não é por aqui que quero ir". Outros não vêm com uma ideia muito definida e ficam ali... e depois chegam ao final e por vezes dizem "olha, foi pena não ter seguido as suas ideias, porque as coisas teriam resultado melhor", outros não defendem as suas ideias até ao fim e resulta muito bem, nós temos um pouco de tudo... mas afinal seja qual for a situação eu tenho que fazer o meu melhor para que os projectos ou trabalhos resultem em qualquer das situações.

P - Para além disso a sua intervenção junto dos alunos...

R – Após saber o que eles pretendem fazer, que tipo de trabalho pretendem desenvolver, digo-lhes também como eu gostaria que as coisas corressem.

Sem imposição... não tenho muito a postura de dizer "isso assim não me interessa nada, interessa-me mais isto". Acho que isso não é correcto. Tento aproveitar as coisas que eles têm para fazer, ver o que posso aproveitar para o serviço. Eles às vezes têm sugestões... estou-me a lembrar da última aluna que tive. O projecto dela seria na área dos cuidados continuados ou na área da saúde materna. Como sou desta última área tentei logo negociar com ela para realizar trabalho nesta área. Também lhe disse que se ela quisesse realizar trabalho na área dos cuidados continuados eu também a ajudaria, mas disse-lhe "posso-te ajudar também, mas essa não é a minha área e não é a área onde eu tenho mais competências, mas posso-te ajudar na mesma. Ela vacilou um pouco mas acabou por querer também aproveitar os meus conhecimentos. Isto em termos de cuidados. Em termos da minha relação com a aluna e com todos os outros alunos, tento não me por numa posição superior... acho que é mais fácil lidar com os alunos numa situação de partilha... não digo de igualdade, já que eu sou responsável por tudo aquilo que eles fazem e está inerente à minha postura e funções como enfermeira e como orientadora do estágio, ter uma posição de alguma forma superior...no sentido da hierarquia de responsabilidades. No sentido de contacto, tento aproximar-me deles. Os alunos são muito novos, e... tenho que tentar perceber em que fase eles estão do seu desenvolvimento... até como pessoas, para conseguir chegar-lhes. Caso contrário eu penso que se cria uma barreira e penso que eles não ganham nada com isso. Eu lembro-me como aluna... agora que penso nisso, em que eu podia ter crescido mais se tivesse tido do outro lado alguém que se aproximasse mais de mim, porque os alunos chegam aos serviços e sentem-se estranhos. Os serviços funcionam de determinada maneira e é obvio que os alunos também têm de se saber aproximar, mas se tiverem do outro lado... ou sentirem uma barreira muito grande, acabam por aprender menos, estão mais retraídos... e acabam por não atingir os objectivos e aprender o mais possível... com as situações e com todos ... os momentos de aprendizagem que estão presentes. Tento ter essa postura mais de igualdade, valorizando as diferenças, obviamente.

P – O que acha que os alunos aprendem de mais importante durante o ensino clínico?



R – Neste serviço é porque nós trabalhamos um pouco como enfermeiro de família, a mais valia é de facto aprender a trabalhar com a família. Olhar para aquele utente e conseguirem contextualizar aquela pessoa, aquele utente, naquela família. É necessário ter um conhecimento abrangente daquela pessoa, inserida naquela família. É claro que os alunos durante o período de tempo que aqui estão não conseguem ter sempre esta noção global, mas têm uma ideia e já levam ferramentas para saberem que aquele elemento não está isolado, mas dentro de um conjunto de outros elementos familiares. Outra coisa é conseguirmos perceber o que a comunidade pode oferecer. As pessoas (utente) habitualmente não sabem e o que acontece por vezes é que as famílias têm determinadas dificuldades porque não sabem a quem recorrer e esse também tem que ser o nosso papel. Saber fazer uma avaliação da família, que dificuldades tem e saber dizer à família os recursos que existem na comunidade, para que se possam solucionar determinados problemas que a família tem. É um trabalho difícil que exige uma avaliação bastante abrangente... os alunos por vezes não conseguem abranger isso tudo mas ficam despertos para essas questões e para o nosso trabalho. Enquanto que no hospital estamos muito preocupados com o utente naquela situação concreta, mas por vezes... não enquadrámos bem este utente na família. É mais a doença do utente naquele momento. Aqui temos também que saber qual a importância daquele elemento naquela família e como a situação de doença pode estar a alterar todo o funcionamento desta família. Ainda há pouco tempo, só após ter feito uma visita domiciliária a uma família, me apercebi das condições em que viviam. Passado pouco tempo esse utente começou a vir fazer tratamentos ao centro de saúde, porque tinha tido um acidente.. como eu já conhecia aquela família apercebi-me de que... e em conversa com ele visto ser o "sustento" da família, apercebi-me de que estavam a passar grandes dificuldades. É este trabalho que é importante. Não é fazer um penso por fazer um penso, mas saber o que pode estar por detrás da situação e é isto que tento transmitir aos alunos.

P – Que outros aspectos e funções do ser enfermeiro transmite aos alunos?

R – Ora bem... foi desde sempre de que aquele doente é uma pessoa, não uma cama, não mais um número. Estar sempre atentos às especificidades daquela pessoa. Quando não estamos preocupados com isto e o que nos

preocupa são os actos, dar a medicação, algaliar, ver o soro, colocar o soro... não estou a dizer que isso não é importante, mas é importante sabermos que está ali uma pessoa e que precisa nem seja que eu lhe diga " neste momento não consigo estar aqui consigo, mas logo que eu possa eu venho". Até dizer isto já estou a dar importância áquilo que ele me está a querer dizer. Orientei uma aluna que depois ficou a trabalhar no mesmo serviço onde eu estava, no hospital, que ... houve a situação da "guerra das arrastadeiras". A auxiliar não estava no serviço e eu disse-lhe "olha o doente já está com a arrastadeira há um bocadinho é melhor ires tirar". Ela disse-me " não é função minha retirar a arrastadeira, não é da minha competência". Eu disse-lhe " a auxiliar foi ao laboratório e só não é da tua competência porque não é o teu pai ou a tua mãe que está com a arrastadeira e se calhar nunca estiveste numa cama com uma arrastadeira, porque senão sabias avaliar a necessidade de lhe tirar a arrastadeira". Portanto isto para mim é fundamental perceber que não é a separar tudo o que é da minha competência faço, o que não é não faço... por vezes temos que ir mais além... por o aluno a pensar, a reflectir sobre estas coisas, às necessidades que o doente tem naquele momento, se calhar também nos vamos sentir mais gratificados no final do dia... daquilo que fizemos de bem aos utentes.

P – Qual é a percepção que tem dos seus colegas enquanto orientadores de alunos?

R – Ora bem... deixe-me começar por lhe dizer... eu ao principio não tinha tido nenhuma formação na área de orientação de alunos. depois quando vim para o centro de saúde comecei a orientar alunos do quarto ano quando eu só tinha o terceiro. Isto é curioso. Há dois anos fiz formação na Escola de enfermagem ..... onde nos foi passada alguma informação sobre a melhor forma de orientar alunos. Deram-nos algumas linhas orientadoras de como melhor orientar alunos e para mim foi muito importante. Fez-me questionar muito a minha actuação como enfermeira orientadora no local de estágio. Antes disso achava que estava a fazer mais ou menos e depois desta formação comecei a questionar-me sobre muitas coisas. Se esta é a melhor forma de orientação de alunos. Tenho algum receio em termos da responsabilidade que é ter alunos em estágio, de quem é de facto essa responsabilidade e é cada vez mais com toda a informação que está a passar para as pessoas. Os utentes de hoje não

são os utentes de há quinze anos atrás, as pessoas estão mais exigentes, mais conhecedoras dos seus direitos... e ainda bem que sim, mas também nos dá um acréscimo a nós, de responsabilidade, porque nós é que estamos com eles, somos nós que damos a cara quando alguma coisa não corre bem. Estou mais madura, cresci, tenho mais...

P – O que acha que aprende como orientadora, e de que forma a orientação de alunos contribui para o seu desenvolvimento?

R- O facto de ser orientadora obriga-me a estudar mais. Tenho de ter a preocupação de quando estou a passar a informação para os alunos, a passar correctamente. Não faz sentido um aluno vir para aqui e eu não ter conhecimentos na área, para o orientar. Depois eles trazem muitas coisas novas. Aqui estamos longe dos outros pela distancia e pelos problemas de transporte. Quando os alunos vêm, muitas vezes são eles que nos trazem as coisas mais recentes na área da enfermagem. Se nós temos alguma dúvida quase sempre no dia seguinte os alunos trazem coisas da net com informações de vários sítios. Eles são também um bom recurso para nós. Aprendo com os alunos teoria... tenho é que estar aberta a aprender.

P – Como acha que deveria então ser organizada a orientação dos alunos?

R – Acho que a orientação de alunos deveria ser mais partilhada com as escolas. Em qualquer fase do desenvolvimento dos alunos, eles vêm sempre sozinhos. Um aluno do quarto ano dá-me muito mais preocupações, porque já adquiriu determinadas competências e saberes o que o coloca numa fase de prestação de cuidados diferente... podem surgir situações complicadas para nós. Era importante que houvesse menos ausência das escolas. Se bem que haja escolas que não estando cá os docentes, estão mais presentes, telefonam com frequência, passam pelo serviço regularmente... há uma preocupação maior. Noutras escolas os alunos são deixados aqui.

P – Actualmente como é programado o ensino clínico?

R – São as escolas com as nossas chefias. Os locais de estágio são decididos pelas chefias. Após essa situação estar resolvida a minha chefe informa-me de que irei ter um aluno em determinado período de tempo. É claro que se eu disser, "neste momento não me sinto em condições de orientar mais alunos", ou " não quero orientar mais alunos", eu penso que me é permitido isso e se eu quiser não oriento mais alunos. orientar alunos é uma coisa que eu gosto de

fazer embora sinta o peso da responsabilidade também é um desafio para mim, porque me obriga a estar mais actualizada, a saber mais, a procurar mais informação. O primeiro aluno que me trouxe um projecto, eu não sabia o que era aquilo, nunca tinha visto. Eu acho que não tinha competências para isso. Tive que ir procurar e falar com os professores, tentar perceber como se fazia para tentar ajudar o aluno. Às vezes deparo-me assim com situações que não domino e tenho de pedir ajuda quando isso acontece.

P – O que é que acha que os alunos aprendem de diferente no ensino clínico?

R – É um pouco de tudo aquilo que eu já disse. Desenvolvem competências na área da relação, da comunicação e depois poder relacionar tudo o que já aprenderam com a comunidade, connosco... a forma como eles se integram nesta equipa é um pouco diferente, porque a nossa equipa é facilitadora até porque temos uma forma muito diferente de trabalhar. Em termos de relação há uma grande proximidade dos grupos profissionais e isso... reflecte-se... os alunos referem que sentem essa proximidade.

P- Como é que sabe que o ensino clínico está a ser eficaz e que aquele aluno será um bom enfermeiro?

R – Começa por... tenho muita dificuldade em objectivar... em dizer que é por isto, isto e por isto... é um bocadinho pela nossa sensibilidade de percepção, embora essa sensibilidade possa ser subjectiva. Não tem a ver com a simpatia, mas... pela postura dos alunos em relação aos utentes. Não tanto em relação a nós, mas aos utentes. O aluno chega aqui um pouco tímido, inibido também vem a apalpar terreno no início, mas vamos-nos apercebendo do desenvolvimento do aluno ao longo do ensino clínico. Atento aos doentes a quem vai prestar cuidados e também com quem trabalha. Não podemos estar de costas voltadas uns para os outros. Porque imagine que a minha colega vem “mal disposta para o serviço” e eu quero lá saber, não é nada comigo. Não posso ter essa atitude. Para que estas horas que passo no trabalho sejam gratificantes para todos, tenho que ter a preocupação de que as pessoas com quem eu trabalho também estejam bem. Ao dar uma injeção a um utente se o vejo com os olhos mais brilhantes ou mais triste, tenho que procurar saber o que está por detrás disso. Esta parte da relação de ajuda é muito importante para mim, ver o doente como um todo e não somente o penso que se vai fazer, ou a injeção que se vai administrar. Tento passar esta mensagem para os

alunos e dar alguma atenção aos utentes e no fim do estágio eles já fazem isso sozinhos.

P- Como se processa o processo avaliativo dos alunos?

R- Também depende das escolas. Actualmente no entanto em todas as escolas que têm aqui alunos o processo é Idêntico. É a partir dos objectivos do ensino clínico (os da escola e dos alunos), que fazemos a avaliação. Se o aluno atingiu os objectivos, todos ou alguns... da nossa parte para que a nossa orientação seja objectivada para situações que permitam aos alunos... desenvolver actividades e trabalho para que atinjam aqueles objectivos. É importante canalizar para as aprendizagens que aquele ensino clínico exige. A meio do estágio fazemos avaliação formativa todos em conjunto, orientador, aluno e docente da escola para nos apercebermos também do que é preciso melhorar. Nesta fase e no final do período de ensino clínico faz-se a avaliação sumativa. Se um aluno tem determinada postura... que não a mobiliza o estágio dele, eu vejo-me na obrigação de conversar com ele sobre essa situação para que ele tente melhorar. Não acho correcto o aluno estar a cometer erros, ou a ter posturas incorrectas durante um período e depois no fim é que eu lhe estou a dizer isso tudo. Ele assim não cresce... porque depois quando eu lhe disser "fizeste isto e aquilo e o outro", ele depois pode dizer "não me lembro de ter feito isso". Quando determinada coisa não correu bem, então vamos conversar sobre ela, sentamo-nos e fazemos isto "como é que foi o teu dia, como correu, correu bem, correu mal podias ter feito melhor, podias ter feito pior, e normalmente eles depois já dizem, ou perguntam, ou pedem ajuda. De uma maneira geral são eles que dizem " aqui eu acho que". É para o crescimento deles caso contrário os tempos de estágio são meras passagens. Quando nós conversámos, e isso foi uma coisa que eu aprendi nessa formação que fiz, foi que a escrita é importante. Com essa escola aprendi imenso porque acho que têm feito um bom trabalho não só com os alunos, mas também connosco. Uma das coisas importantes que os alunos fazem é as reflexões escritas, é mais para crescimento do aluno que para avaliação,... de acordo com as situações. Já tive alunos que chegaram a fazer três no mesmo dia, porque houve tantos acontecimentos críticos que eles tiveram necessidade de escrever sobre eles. A partir dessa escrita, que é entregue ao orientador do estágio e na escola, podemos pegar por ali e "então vamos lá reflectir sobre

este acontecimento. Há coisas que nos passam despercebidas porque ao longo do estágio eles têm cada vez mais autonomia e há situações que nem sempre conseguimos acompanhar. Por exemplo as visitas à família no domicílio nem sempre conseguimos acompanhar, devido às condicionantes do serviço. Por vezes acontecem coisas no domicílio que só sei quando eles escrevem sobre elas e só depois é que posso trabalhar com eles essa situação... há coisas menos boas... não há só maravilhas.

P – Acha que todos os enfermeiros podem orientar alunos ou acha que deveriam ter determinadas características e nesse caso quais?

R- Não... não acho que todos os enfermeiros possam orientar alunos. e isto não tem tanto a ver com as competências profissionais. Há bons enfermeiros que não o são enquanto orientadores e o contrário também acontece. Acho que... tenho alguma dificuldade em definir agora aqui... para se ser enfermeiro também é preciso ter determinadas características que se as tiver vai ser um bom orientador concerteza. Essas características passam por ser flexível. Nós temos profissionais que são duma rigidez que até assusta, em que tudo o que passa dali já é uma tragédia. Esta área onde trabalhamos temos um leque de culturas e de formas de estar, que não podemos ser rígidos. Há áreas que se não dominamos temos de saber pedir ajuda. Por outro lado também passa por eu descobrir o que se passa com o outro para eu poder ir de encontro às necessidades que ele tem. Por exemplo alguns ensinamentos que eu faço na área de saúde materna em que a minha postura não pode ser a de eu chegar aqui e dizer “neste caso da gravidez deve fazer tal, tal, tal, neste caso o menino tem esta idade deve fazer, tal, tal, tal. A mulher que está à minha frente pode-me dizer “ pois é senhora enfermeira, eu não posso fazer nada disso que me está a dizer porque eu não tenho água canalizada, não tenho dinheiro para comprar carne nem peixe”... Se uma mulher grávida fuma um maço de cigarros por dia não me parece ser correcto dizer-lhe que tem de parar de fumar já, porque ele na próxima consulta vai-me dizer que deixou de fumar, não sendo verdade. Tenho que arranjar estratégias com ela, de forma a que vá fumando cada vez menos e se daí a uns tempos me diz que já só fuma um cigarro após a refeições, já é uma vitória. Caso contrário só lhe vou criar ansiedade e a mulher ainda irá fumar cada vez mais. Tenho que ter linhas orientadoras, e depois tenho que negociar. Isto passa-se também com os orientadores. Se um aluno

chega aqui com determinados objectivos não posso dizer “ não senhor, isso não me interessa nada. Vamos fazer assim, assim e assim”. Das duas uma. Ou o aluno faz aquilo que eu estou a dizer e aquele estágio não é nada gratificante para ele nem vai ser para mim, ou então vou negociar com ele e dizer-lhe “ este se calhar também me parece bem” ou “já pensaste que se fizesses assim talvez conseguisses abranger mais isto ou aquilo”. Tentar mostrar-lhes que aquele caminho está certo, mas se calhar poderiam fazer melhor. Outro aspecto é a sensibilidade para as pessoas e para as coisas que fazemos. Outro aspecto que eu acho é gostarmos de ser enfermeiros. Não só fazermos aquilo que gostamos (porque na enfermagem há coisas desagradáveis), mas fazermos aquilo que gostamos e fundamentalmente aquilo que o outro precisa. Isso é cuidar, ir ao encontro das necessidades do outro. Acho que isto depois passa para a orientação.

P – Acha que os alunos seguem o modelo do enfermeiro que os orientou?

R – Acho que sim. O enfermeiro pode ser um bom modelo ou não. Depende de como aquele aluno conseguiu agarrar a orientação que teve. Se aquela orientação foi bem feita e se conseguiram estabelecer uma boa relação, o enfermeiro pode ser um modelo. Se teve um mau orientador, depende do aluno. se conseguiu fazer esta divisão de que aquele orientador não é bem o que ele gostava mas vai ter de ser porque foi o que lhe foi atribuído..., porque os alunos não escolhem o orientador, ...

P- A orientação de alunos de enfermagem, está bem como está actualmente, ou propõe sugestões?

R- ....acho que tem de haver algumas alterações. Tem de haver uma preocupação da escola em escolher os campos de estágio adequados àquele ensino clínico e não porque não há vaga ali e vamos para ali. Já temos tido alunos em que aquele ensino clínico e aqueles objectivos não se enquadram no contexto do campo de estágio. Há outros serviços que não são bons campos de estágio. Embora se possa aprender também pela negativa, não é aconselhável campos de estágio conflituosos e complicados. Não me parece que vá desenvolver nos alunos o gosto pela enfermagem. Também os enfermeiros nem todos podem ser orientadores. Têm de ter mais perfil para ensinar e para ajudar os outros. Tem também de ter mais conhecimentos e competências nessa área. Não pode ser um enfermeiro que esteja sempre

enfadado para o qual seja uma chatice estar ali a trabalhar. Por muito que o aluno consiga reflectir e analisar a situação, tem de ter um orientador que demonstre atitudes e tenha comportamentos que façam o aluno crescer. Outra questão que acho importante, têm de ser enfermeiros que gostem de aprender. Os orientadores também aprendem imensas coisas com os alunos, mas também têm de ter vontade e gosto para aprender ainda mais. Tem de estar predisposto a partilhar aquilo que sabe.

P- Noutra perspectiva acha que os alunos poderiam aprender a ser enfermeiros somente através da prática nos locais de estágio?

R – Não. Não temos profissionais para fazer o ensino que os docentes fazem nas escolas. Era impensável. Se bem que tentamos ir passando conteúdos teóricos durante o ensino clínico, nunca conseguiríamos formar o aluno de forma global e ou os conhecimentos teóricos ou práticos sairiam comprometidos. Para mais não deixo de contar como número para aquele local de trabalho. Não tenho menos actividades ou funções atribuídas. Parte do tempo que dedico aos alunos é fora do meu horário de trabalho, porque não tenho disponível para que seja de outra forma...

P- Há mais alguma coisa que queira dizer?

R- Fez-me reflectir sobre exactamente este percurso como orientadora. Há certas coisas que eu até nem tinha pensado muito sobre elas e que agora, o meu percurso como orientadora, a minha postura... que me faz pensar se este é de facto o melhor percurso. Às vezes os alunos vêm com necessidade de ser espicaçados para trabalharem, investirem e para aprenderem e para estarem direccionados para os cuidados de saúde primários. É um trabalho que temos de fazer com o aluno de forma individual.



## **ANEXO IV – Grelha de categorização**

**TEMA – REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS ORIENTADORES SOBRE A SUA FUNÇÃO NO ENSINO CLÍNICO**

SUBTEMA – GENERALIDADES DA FUNÇÃO				
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UR	EU
Condições de ingresso		Mais conhecimentos na área de exercício profissional	6	6
		Por haver necessidade de enfermeiros orientadores	3	3
		Por gostar de orientar alunos	10	8
Responsabilidade e valorização		Indefinição na atribuição de responsabilidade	2	2
		Demasiada responsabilidade e delegação no enfº orientador	5	4
		Melhoria na coordenação escola/orientador local	6	4
Obstáculos ao exercício da função		Pouco tempo disponível para estar com os alunos	15	9
		Sobrecarga de trabalho	10	7
		Ausência de compensações	4	2
		Pouca disponibilidade e colaboração docente	2	2
		Desadequação do campo de estágio ao ensino clínico	3	2
		Conflitos relacionais com alunos	2	2

SUBTEMA – ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO FORMATIVO				
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	UR	UE
Orientação dos alunos	Integração do aluno	Dá a conhecer documentos de trabalho	5	3
		Dá a conhecer a equipa e modos de funcionamento do serviço	9	9
		Clarifica com o aluno acerca dos seus interesses de aprendizagem	2	2
	Criação de clima afectivo/relacional	Promove a auto-confiança	3	3
		Estabelece relação empática	9	5
	Ajuda e suporte na prestação de cuidados	Orienta e acompanha na prestação de cuidados	8	7
		Ajuda a identificar necessidades do utente/família	10	8
		Ajuda na realização de actividades práticas	6	6
		Ajuda a delinear os ensinos de grupo à população	2	2
		Orienta trabalhos académicos	2	2
	Promoção de hábitos e estratégias de trabalho	Incentiva a visualização da família como um todo	4	4
		Incentiva e promove o desenvolvimento da relação com o utente/família	4	4
		Incentiva o trabalho em equipa	3	3
		Ajuda a perspectivar os cuidados de enfermagem na comunidade	4	3
		Incentiva a responsabilidade	3	3
		Incentiva à humanização dos cuidados	4	3
Estratégias de supervisão utilizadas		Incentiva o aluno a expressar a sua opinião	2	2
		Incentiva o aluno a reflectir	6	5
		Demonstração/ observação e experimentação	7	5
		Reflexão conjunta	4	3
		Análise de experiências e sentimentos vividos	3	3
		Questionamento	4	4
Avaliação do aluno	formativa	Analisa o percurso do aluno	4	4
		Identifica necessidades do aluno	3	3
		Adopta estratégias para colmatar as dificuldades	4	3
		Valoriza os aspectos positivos	2	2
	Sumativa	Tem dificuldade em classificar	2	2
		Tem facilidade em classificar	6	6
		Discorda da forma como é atribuída a classificação final	1	1

SUBTEMA --- RELEVÂNCIA DE REQUISITOS PARA A FUNÇÃO				
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES	UR	EU
Atributos ou características do orientador		Estar disponível	3	3
		Estar motivado	3	3
		Saber transmitir o saber	3	2
		Ter atitudes e comportamentos profissionais	3	3
		Criar empatia com os alunos	3	2
		Saber assumir o que não sabe	2	2
		Ter formação específica	8	7
		Ter mais conhecimentos na área de exercício	4	4
		Ser flexível	1	1
Considerações gerais		Clarificação da função	2	2
		Reflexões conjuntas docente/enf <sup>o</sup> orientador	4	3
		Contemplação de tempo específico no horário para a orientação dos alunos	2	2
		Maior coordenação com a escola	6	4
		Compensação remuneratória	2	2
		Os docentes enfermeiros deveriam exercer a sua profissão	1	1

**TEMA – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ALUNO NO ENSINO CLÍNICO**

CATEGORIA	INDICADORES	UR	UE
Atitudes pessoais e profissionais	Estabelece relação de ajuda com o utente	8	6
	Responsabilidade no agir	8	6
	Desenvolve atitude crítica	4	4
Capacidade de resolução de problemas	Integração de conhecimentos teóricos à prática	10	10
	Identifica recursos necessários à prestação de cuidados	5	5
	Criatividade e inovação	4	4
	Desenvolve autonomia	4	4
	Adaptação às situações problema	8	6
	Espírito de iniciativa e decisão	5	4
Capacidades técnicas	Realiza procedimentos com rigor técnico e científico	3	3
	Planear cuidados, implementar acções, executar e avaliar os cuidados de enfermagem	6	6

**TEMA – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ORIENTADOR NO ENSINO CLÍNICO**

CATEGORIAS	INDICADORES	UR	EU
Autoformação	Actualização de conhecimentos	10	9
	Identificação de necessidades de formação	4	4
	Melhoria dos instrumentos de trabalho	6	5
	Reflexão e análise sobre a prática	8	5
Avaliativas	Analisa a sua prestação como orientador	6	5
	Analisa a sua prestação de orientador com o aluno	5	3
Atitudinais	Analisa as suas atitudes	6	5
	Adequa comportamentos	5	5
	Incentivo ao auto-conhecimento	3	3